

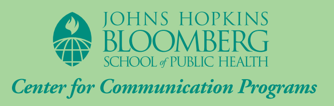
# Planification familiale

## UN MANUEL A L'INTENTION DES PRESTATAIRES DE SERVICES DU MONDE ENTIER

*Successeur de*

**Eléments de la technologie de la contraception**



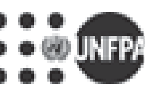


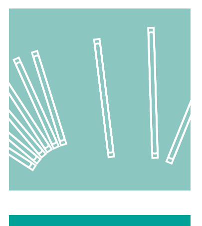

## Organismes collaborateurs

Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One)
Academy for Educational Development
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
Association for Reproductive and Family Health (ARFH), Nigeria
Centre for African Family Studies (CAFS)
The Centre for Development and Population Activities (CEDPA)
CONRAD
Constella Futures
East European Institute for Reproductive Health
EngenderHealth, ACQUIRE Project
Family Health International
Family Health Options Kenya (FHOK)
Family Planning Association of India (FPA India)
Family Planning Organization of the Philippines
Federation of Family Planning Associations, Malaysia
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM)
Georgetown University, Institute for Reproductive Health
Guttmacher Institute
Gynuity Health Projects
Hesperian Foundation
Ibis Reproductive Health
Implementing Best Practices (IBP) Consortium
International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B)
International Consortium for Emergency Contraception
IntraHealth International, Inc.
JHPIEGO
John Snow, Inc. (JSI)
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Management Sciences for Health
Marie Stopes International
Minnesota International Health Volunteers (MIHV)
National Family Planning Coordinating Board (BKKBN), Indonesia
Pan American Health Organization
PATH
Pathfinder
Plan International
Planned Parenthood Federation of Nigeria (PPFN)
Population Council
Population Reference Bureau
Population Services International
Princeton University, Office of Population Research
Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine
University of the Witwatersrand, Reproductive Health and HIV Research Unit
University of North Carolina School of Public Health
University Research Co., LLC

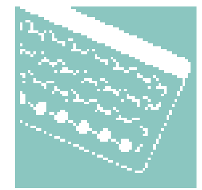


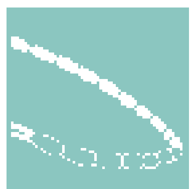








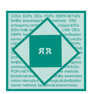





# Planification familiale

## UN MANUEL A L'INTENTION DES PRESTATAIRES DE SERVICES DU MONDE ENTIER

Directives factuelles mises au point dans le cadre d'une collaboration mondiale



Un pilier de planification familiale de l'OMS


Organisation mondiale de la Santé
Département de santé
et recherche en matière de
reproduction

Johns Hopkins
Ecole de santé publique Bloomberg
Centre pour les programmes de
communication Projet INFO

Agence des Etats-Unis pour le développement international
Bureau de santé globale
Office de la Population et de la Santé reproductive


2007

# Planification familiale

## UN MANUEL A L'INTENTION DES PRESTATAIRES DE SERVICES DU MONDE ENTIER

# Table des matières

## AU VERSO



## AIDES/OUTILS DE TRAVAIL



**Recherche en ligne à www.fphandbook.org**

# AVANT-PROPOS

## De l'Organisation mondiale de la Santé

Le travail en planification familiale reste inachevé. Certes, un grand pas en avant a été fait ces vingt à trente dernières années, et pourtant plus 120 millions de femmes dans le monde souhaitent prévenir une grossesse alors qu'elles-mêmes et leurs partenaires n'utilisent pas la contraception. Les raisons à ce besoin non satisfait en sont multiples : les services et les produits ne sont pas toujours disponibles ou alors les choix sont limités. La crainte d'une désapprobation sociale ou de l'opposition d'un partenaire érige d'immenses barrières. La crainte d'effets secondaires et les préoccupations pour leur santé retiennent certaines personnes alors que d'autres n'ont pas les connaissances nécessaires sur les options contraceptives et leur mode d'emploi. Tous ces gens ont besoin d'un coup de main.

Des millions d'autres personnes utilisent la planification pour éviter une grossesse, mais se heurtent à un échec, là aussi, pour moult raisons. Peut-être n'ont-ils pas reçu les instructions claires sur le mode d'emploi de la méthode, n'ont pas pu obtenir une méthode qui leur convenait, n'étaient pas suffisamment préparés aux effets secondaires ou ont manqué de produit à un moment ou à un autre. Ces gens eux aussi ont besoin d'un coup de main.

Qui plus est, le travail en planification familiale ne sera jamais achevé. Dans les 5 années à venir, environ 60 millions de filles et de garçons arriveront à leur maturité sexuelle. Générations après générations, il y aura toujours des gens qui auront besoin de planification familiale et d'autres soins de santé. Nul doute, les défis à relever pour la santé dans le monde sont nombreux et de taille et pourtant, la nécessité de contrôler sa propre fécondité touche probablement plus de vies qu'aucun autre problème de santé. Elle est d'importance cruciale pour le bien-être des gens, surtout celui des femmes – et fondamental pour leur autodétermination.

Comment ce livre peut-il aider ? En permettant aux prestataires de santé de donner de meilleurs soins à un plus grand nombre de personnes. Rédigé de manière simple et d'emploi facile, cet ouvrage traduit des faits scientifiques en directives pratiques concernant toutes les grandes méthodes contraceptives. Ces directives font le consensus d'experts des principales organisations de santé mondiales. Equipé de ce livre, un prestataire peut apporter avec confiance les services indiqués à ses clients qui ont différents besoins et offrir en toute connaissance de cause une vaste gamme de méthodes.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) apprécie les maintes contributions faites à ce livre par des personnes du monde entier. En effet, la collaboration pour formuler par consensus un ouvrage basé sur des données probantes de cet ampleur et de cette profondeur, est chose remarquable. L'OMS aimerait remercier tout particulièrement l'Ecole de Santé Publique Bloomberg/Centre pour les Programmes de Communication de Johns Hopkins pour un partenariat inestimable tout au long de la préparation de cet ouvrage. L'OMS apprécie également l'engagement de nombreuses organisations – agence des Nations Unies, membres du Consortium de l'Application des Meilleures Pratiques et de nombreuses autres – qui ont adapté cet ouvrage et qui ont diffusé son contenu à des prestataires de soins de santé du monde entier grâce au soutien financier de nombreux organismes gouvernementaux et autres partenaires du développement. Ces efforts concertés sont bien la preuve que la tâche de l'amélioration de la santé dans le monde repose dans de bonnes mains.

Paul F.A. Van Look, MD PhD FRCOG
Directeur, Département de la Santé de la Reproduction et de la Recherche
Organisation Mondiale de la Santé

## De l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International

Les directives pratiques et à jour, données dans ce nouveau manuel, aideront à améliorer la qualité des services de planification familiale et élargiront l'accès à ces services. Ce manuel aidera les prestataires de la planification familiale à guider leurs clients lors du choix d'une méthode de planification familiale, à soutenir l'emploi efficace et à résoudre les problèmes des clients. Responsables et formateurs peuvent utiliser eux aussi cet ouvrage.

Si l'ouvrage traite de maints thèmes, 4 grands thèmes ressortent pourtant tout particulièrement :

1. Presque tout le monde peut utiliser sans risque pratiquement n'importe quelle méthode et la fourniture de la plupart des méthodes n'est généralement pas compliquée. Aussi, les méthodes devraient être très disponibles et offertes, même dans les contextes où les ressources de soins de santé sont très limitées. Cet ouvrage définit et explique les maintes occasions pour les personnes de choisir, démarrer et changer la méthode de planification familiale.

2. Les méthodes de planification familiales peuvent être efficaces si elles sont fournies correctement. Certaines méthodes, tels que la pilule et le préservatif, demandent une action consciencieuse de la part de l'utilisateur pour qu'elle soit le plus efficace possible. Souvent, l'aide et le soutien du prestataire peuvent faire toute la différence, par exemple s'il discute de certains effets secondaires possibles. D'autres méthodes exigent que le prestataire de soins exécute correctement telle ou telle intervention, par exemple la stérilisation ou la pose du DIU. S'il n'offre pas d'instruction sur la réalisation de ces procédures, le présent manuel n'en donne pas moins des directives et des informations dont ont besoin les prestataires pour soutenir une utilisation contraceptive efficace et continue.

3. Généralement, de nouveaux clients viennent consulter les services pensant déjà à telle ou telle méthode et généralement c'est le meilleur choix pour eux. Dans la vaste gamme de méthodes que pourra utiliser sans risque tel client ou telle cliente, ce sont les préférences et les objectifs de ces clients qui devront régir les décisions en matière de planification familiale. Pour qu'il ou elle puisse trouver et utiliser la méthode qui lui convient le mieux, le client a besoin d'une solide information et souvent d'une aide pour bien réfléchir à ses choix. Le présent manuel apporte des informations que le client et le prestataire pourront envisager ensemble.

4. Un grand nombre de clients continus n'ont besoin que peu de soutien et pour certains c'est un accès facile qui sera l'élément essentiel. Pour les clients continus qui rencontrent des problèmes ou qui ont des préoccupations, l'aide et le soutien sont d'importance vitale. Le présent manuel apporte des conseils et des recommandations pour le traitement de ces clients.

Avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la Santé et de maintes organisations, de nombreux experts ont œuvrés ensemble pour créer ce manuel. L'Agence des Etats-Unis pour le Développement International est heureux de soutenir le travail d'un grand nombre d'organisations collaboratrices ainsi que de la publication de cet ouvrage. L'Agence est également fière d'avoir pu participer à l'élaboration de son contenu. De pair avec les prestataires de la planification familiale qui utilisent cet ouvrage, nous œuvrons tous pour que le monde devienne un meilleur endroit pour vivre.

James D. Shelton, MD
Chercheur Médical Senior, Office de la Population de la Santé et de la Reproduction
Bureau de la Santé Globale
Agence des Etats-Unis pour le Développement International

# Remerciements

Vera Zlidar, Ushma Upadhyay, et Robert Lande du Projet INFO, Centre pour les Programmes de Communication de l'Ecole de Santé Publique Bloomberg Johns Hopkins, sont les principaux rédacteurs techniques qui ont dirigé la formulation de ce manuel, de pair avec Ward Rinehart du Projet INFO et Sarah Johnson de l'Organisation Mondiale de la Santé, faisant également partie du groupe de la rédaction. Les personnes suivantes ont prêté leur concours à la formulation de cet ouvrage. Elles font partie du Projet INFO : Fonda Kingsley, Sarah O'Hara, Hilary Schwandt, Ruwaida Salem, Vidya Setty, Deepa Ramchandran, Catherine Richey, Mahua Mandal, et Indu Adhikary.

Robert Hatcher, Roy Jacobstein, Enriquito Lu, Herbert Peterson, James Shelton, et Irina Yacobson. Kathryn Curtis, Anna Glasier, Robert Hatcher, Roy Jacobstein, Herbert Peterson, James Shelton, Paul Van Look, et Marcel Vekemans étaient chargés de l'examen technique final de ce manuel.

Les personnes suivantes faisaient partie des réunions d'experts qui se sont tenues à Baltimore en octobre 2004, à Genève en juin 2005 ou ont assisté aux deux réunions : Yasmin Ahmed, Marcos Arevalo, Luis Bahamondes, Miriam Chipimo, Maria del Carmen Cravioto, Kathryn Curtis, Juan Diaz, Soledad Diaz, Mohammad Eslami, Anna Glasier, John Guillebaud, Ezzeldin Othman Hassan, Robert Hatcher, Mihai Horga, Douglas Huber, Carlos Huezo, Roy Jacobstein, Enriquito Lu, Pisake Lumbiganon, Pamela Lynam, Trent MacKay, Olav Meirik, Isaiah Ndong, Herbert Peterson, John Pile, Robert Rice, Roberto Rivera, Lois Schaefer, Markku Seppala, James Shelton, Bulbul Sood, Markus Steiner, James Trussell, Marcel Vekemans, et Wu Shangchun.

Les organisations suivantes ont fait des contributions techniques exceptionnelles à la création de cet ouvrage : The Centre for Development and Population Activities, EngenderHealth, Family Health International, Georgetown University Institute for Reproductive Health, JHPIEGO, Management Sciences for Health, Population Council et l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international.

Maintes autres personnes ont également fait profiter de leur expertise dans des thèmes spécifiques et ont participé à l'obtention du consensus sur le contenu technique Christopher Armstrong, Mark Barone, Mags Beksinska, Yemane Berhane, Ann Blouse, Julia Bluestone, Paul Blumenthal, Annette Bongiovanni, Débora Bossemeyer, Nathalie Broutet, Ward Cates, Venkatraman Chandra-Mouli, Kathryn Church, Samuel Clark, Carmela Cordero, Vanessa Cullins, Kelly Culwell, Johannes van Dam, Catherine d'Arcangues, Barbara Kinzie Deller, Sibongile Dludlu, Mary Drake, Paul Feldblum, Ron Frezieres, Claudia Garcia-Moreno, Kamlesh Giri, Patricia Gómez, Pio Iván Gómez Sánchez, Vera Halpern, Robert Hamilton, Theresa Hatzell, Helena von Hertzen, John Howson, Carol Joanis, Robert Johnson, Adrienne Kols, Deborah Kowal, Jan Kumar, Anne MacGregor, Luann Martin, Matthews Mathai, Noel McIntosh, Manisha Mehta, Kavita Nanda, Ruchira Tabassum Naved, Francis Ndowa, Nuriye Ortayli, Elisabeth Raymond, Heidi Reynolds, Mandy Rose, Sharon Rudy, Joseph Ruminjo, Dana Samu, Julia Samuelson, Harshad Sanghvi, George Schmid, Judith Senderowitz, Jacqueline Sherris, Nono Simelela, Irving Sivin, Jenni Smit, David Sokal, Jeff Spieler, Kay Stone, Maryanne Stone-Jimenez, Fatiha Terki, Kathleen Vickery, Lee Warner, Mary Nell Wegner, Peter Weis et Tim Williams.

Des prestataires de la planification familiale du Bangladesh, du Brésil, de la Chine, du Ghana, de l'Inde, de l'Indonésie, du Kenya, du Pakistan, des Philippines et de la Zambie ont fait part de leurs commentaires sur les avant-projets des chapitres de ce livre lors des sessions organisées par Yasmin Ahmed, Ekta Chandra, Miriam Chipimo, Sharmila Daz, Juan Diaz, Carlos Huezo, Enriquito Lu, Isaiah Ndong, Samson Radeny, Mary Segall, Sarbani Sen, Nina Shalita, Bulbul Sood, et Wu Shangchun.

John Fiege, Linda Sadler, et Rafael Avila ont créé la maquette de cet ouvrage. Mark Beisser a créé la couverture et la conception initiale avec Linda Sadler, le personnel de Prographics et John Fiege.

Rafael Avila s'est occupée des photographies et des illustrations.  Ushma Upadhyay, Vera Zlidar, et Robert Jacoby se sont chargés de la production de l'ouvrage. Heather Johnson a géré l'impression et la distribution du manuel avec Mandy Liberto, Tre Turner, Roslyn Suite-Parham, et Quan Wynder.



ISBN 13 : 978-0-9788563-0-4

ISBN 10 : 0-9788563-0-9

Citation proposée : Département de la Santé de la Reproduction et de la Recherche de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/RHR) et Ecole de Santé Publique/ Centre pour les Programmes de Communication (CCP), Projet INFO/Johns Hopkins. Planification familiale : Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Baltimore et Genève : CCP et OMS, 2007.

Cet ouvrage a été publié grâce au soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), Bureau de Santé Global, GH/PRH/PEC, au terme du don numéro GPH-A-00-02-00003-00. Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID, de Johns Hopkins University, ou de l'Organisation mondiale de la Santé.

# Quoi de neuf dans ce manuel ?

Ce nouveau manuel sur les méthodes de planification familiale et thèmes connexes est le premier de son genre : empruntant une démarche organisée et marquée par la collaboration, des experts du monde entier sont arrivés à un consensus sur des directives pratiques qui reposent sur les meilleures preuves scientifiques disponibles. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a dirigé ce processus. Un grand nombre d'organisations professionnelles et d'assistances techniques ont avalisé et adopté ces directives.

Cet ouvrage est une référence rapide pour les agents de soins de santé à tous les niveaux. Et le successeur est *Eléments de la Technologie de la Contraception* publié pour la première fois en 1997 par le Centre pour les Programmes de Communication à l'Ecole de Santé Publique Bloomberg de Johns Hopkins. Dans sa forme et son organisation il ressemble à l'ouvrage précédent. Parallèlement, tout le contenu des éléments de la technologie de la contraception a été réexaminé, de nouvelles données probantes ont été collectées, les directives ont été révisées le cas échéant et les lacunes ont été comblées. Ce manuel reflète les directives en planification familiale mises au point par l'OMS. Par ailleurs, ce manuel étend également la couverture des éléments de la technologie de la contraception, puisqu'il traite brièvement d'autres besoins des clients qui se présentent lors de la fourniture de la planification familiale.

## Points saillants des nouvelles caractéristiques

- Nouvelle couverture plus étendue sur la pilule contraceptive d'urgence, les injectables mensuels, les nouveaux implants, les préservatifs féminins et les méthodes nouvelles et plus simples de connaissances de la fécondité, plus de nouvelles brèves sections sur le patch combiné, l'anneau vaginal combiné, le dispositif intra utérin au lévonorgestrel et le retrait.
- Listes factuelles sur les effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé, tel qu'indiqué par les utilisateurs des méthodes de planification familiale.
- Liste de vérification à jour sur les critères de recevabilité médicale et directives élargies sur la prise en charge des problèmes courants au niveau de l'utilisation.
- Dernière directive sur les méthodes de planification familiale pour les personnes vivant à le VIH.
- Outils de communication et aides professionnelles au verso du livre, notamment dépistage des femmes avec migraines et migraines avec symptômes neurologiques en foyer, l'anatomie féminine et masculine, le cycle menstruel, que faire si elle a oublié la pilule et un panneau sur l'efficacité contraceptive (au dos du livre).
- Correction des conceptions erronées courantes à propos des méthodes.
- Nouvelles sections sur les adolescents, les hommes, les femmes proches de la ménopause, la santé maternelle et néonatale, les soins post-avortements, la violence à l'encontre des femmes, l'infécondité et la prévention des infections.

# Nouvelle information et directive

Página

# Comment obtenir des copies supplémentaires de cet ouvrage

Le Projet INFO de l'Ecole de Santé Publique Bloomberg/Centre pour les Programmes de Communication Johns Hopkins offre des exemplaires de *Planification familiale : Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier* gratuitement pour les lecteurs des pays en développement. Pour toutes les autres personnes, prière de contacter le Projet INFO pour de plus amples informations. Pour passer une commande, prière d'envoyer votre nom, adresse, e-mail et numéro de téléphone.

Pour commander par e-mail : orders@jhuccp.org
Pour commander par fax : + 1 410 659-6266
Pour commander par téléphone : + 1 410 659-6315
Pour commander sur le web : http://www.fphandbook.org/
Pour commander par courrier :
Orders, INFO Project
Center for Communication Programs
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202, USA

# Quatre piliers de directive de planification familiale de l'Organisation mondiale de la Santé

Ce manuel est l'un des quatre piliers de directive en planification familiale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Pris ensemble, les quatre piliers soutiennent la fourniture et l'utilisation sûre et efficace des méthodes de planification familiale.

Les deux premiers piliers apportent aux décideurs et responsables de programmes, des recommandations qui peuvent être utilisées pour formuler ou mettre à jour des directives et politiques de programme national. Les *critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception* (3ème édition 2004) apportent des directives montrant si des personnes avec certaines affections médicales peuvent utiliser sans risque et efficacement des méthodes contraceptives *spécifiques. Le Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use* (2ème édition, 2005) répond à des questions spécifiques concernant le mode d'emploi des diverses méthodes contraceptives. Les deux ensembles de directives proviennent de réunions d'un groupe de travail constitué d'experts, convoqués par l'OMS.

Le troisième pilier, le *Decision-Making Toll for Family Plannnig Clients and Providers*, intègre les directives des deux premiers piliers et montre, preuves à l'appui, comment on peut le mieux satisfaire aux besoins des clients sur le plan planification familiale. Il est utilisé lors des séances de conseils. L'outil guide le prestataire et le client tout au long d'un processus structuré tout en étant adapté au client pour faciliter le choix et l'utilisation d'une méthode de planification familiale. *L'outil décisionnel* aide également à guider les visites de retour.

En tant que quatrième pilier, *planification familiale*, manuel : *Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*, offre les informations techniques pour aider les prestataires de soins de santé à fournir efficacement et adéquatement les méthodes de planification familiale. Guide de référence minutieux, le manuel offre des directives spécifiques sur 20 méthodes de planification familiale et répond aux nombreux besoins différents des prestataires de soins de santé, allant de la correction des conceptions erronées à la prise en charge des effets secondaires. Qu'à l'instar de *l'outil décisionnel*, ce manuel intègre les directives des deux premiers piliers. Il traite également de questions santé connexes qui peuvent se présenter dans le contexte de la planification familiale.

Les quatre piliers se trouvent sur le site web de l'OMS à http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/. Le manuel peut également être consulté sur site web du Projet INFO à http://www.fphandbook.org. Des mises à jour sur le manuel ainsi que la traduction seront affichés sur ces sites web. Pour de plus amples informations sur la commande de copies imprimées, voir page précédente.

# Contraceptifs oraux combinés

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Prendre une pilule chaque jour.** Pour qu'elle soit la plus efficace possible, une femme doit prendre une pilule chaque jour et commencer à temps chaque nouvelle plaquette de pilules.
- **Les changements dans les saignements sont chose courante mais ne sont pas dangereux.** Généralement, des saignements irréguliers pendant les quelques premiers mois et ensuite des saignements plus légers et plus réguliers.
- **Prendre une pilule oubliée aussi rapidement que possible.** Les pilules oubliées comportent un risque de grossesse et peuvent empirer certains effets secondaires.
- **Peuvent être donnés aux femmes à n'importe quel moment pour qu'elles commencent plus tard.** Si on ne peut pas éliminer le risque que la femme soit enceinte actuellement, le prestataire lui remet les plaquettes de pilules pour qu'elle les prenne plus tard, lorsqu'elle aura ses règles.

## Que sont les contraceptifs oraux combinés ?

- Pilule qui contient de faibles doses de 2 hormones – un progestatif et un œstrogène – analogues aux hormones naturelles que contient le corps d'une femme : la progestérone et l'œstrogène.
- Les contraceptifs oraux combinés (COC) sont également appelés "la pilule", pilule combinée à faible dose et CO.
- Agissent essentiellement en empêchant l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires).

## Quelle est leur efficacité ?

*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* le risque de grossesse est le plus élevé lorsqu'une femme commence à prendre une nouvelle plaquette avec 3 jours de retard ou plus ou si elle saute 3 pilules ou plus vers le début ou la fin d'une plaquette.

- Telle qu'elle est utilisée couramment, on note environ 8 grossesses pour 100 femmes qui utilisent des COC pendant la première année. Cela signifie que 92 sur 100 femmes utilisant les COC ne tomberont pas enceintes.
- Si aucune erreur n'est faite au niveau de la prise de la pilule, moins d'une grossesse pour 100 femmes utilisant des COC se présente pendant la première année (3 pour 1 000 femmes).

*Retour de la fécondité après l'arrêt des COC :* pas de retard

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

Plus efficace

Moins efficace

## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

### *Effets secondaires* (voir Prise en charge des problèmes p. 17)

Certaines utilisatrices indiquent les situations suivantes :

- Changements dans les modes de saignement notamment :
  – saignements plus légers et moins de jours de saignement
  – saignements irréguliers
  – saignements peu fréquents
  – aucun saignement menstruel
- Maux de tête
- Etourdissements
- Nausées
- Seins endoloris
- Changement dans le poids (voir question 6 p. 22)
- Sautes d'humeur
- Acné (peut s'améliorer ou s'aggraver bien qu'en général elle s'améliore)

Autres changements physiques possibles :

- La tension artérielle grimpe de quelques points (mm Hg). Lorsque la hausse est imputable au COC, la tension artérielle diminue rapidement une fois qu'on arrête l'utilisation des COC.

**Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient les contraceptifs oraux combinés**

- Ils sont sous le contrôle de la femme
- Peuvent être arrêtés à n'importe quel moment sans l'aide d'un prestataire de soins
- N'interfèrent pas avec les relations sexuelle

## *Avantages connus pour la santé*

Aident à protéger contre :

- Le risque de grossesse
- Le cancer du revêtement de l'utérus (cancer de l'endomètre)
- Cancer des ovaires
- Inflammation pelvienne symptomatique

Peuvent aider à protéger contre :

- Les kystes ovariens
- L'anémie ferriprive

Diminuent :

- Les crampes menstruelles
- Les problèmes de saignements menstruels
- Les douleurs de l'ovulation
- L'excédent de poils sur le visage ou le corps
- Les symptômes de polykystose ovarienne (saignements irréguliers, acné, excédent de poils sur le visage ou le corps
- Les symptômes d'endométriose (douleurs pelviennes, saignements irréguliers)

## *Risques connus pour la santé*

Très rares :

- Caillots sanguins dans les veines profondes des jambes ou les poumons (thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire)

Extrêmement rares :

- Attaque cérébrale
- Attaque cardiaque

Voir également Faits sur les contraceptifs oraux combinés et cancer, p. 4

## *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et Réponses, p. 22)

La pilule combinée :

- Ne s'accumule pas dans le corps d'une femme. La femme n'a pas besoin de prendre un temps de "repos" des COC.
- Doit la prendre tous les jours, qu'elle ait ou non des rapports sexuels, ce jour-là.
- Ne rend pas une femme stérile.
- N'est pas la cause de malformations congénitales ou de naissances multiples.
- Ne change pas le comportement sexuel d'une femme.
- Ne colle pas dans l'estomac. De fait, la pilule se dissout chaque jour.
- N'interrompt pas une grossesse existante.

## Faits sur les contraceptifs oraux combinés et le cancer

**Cancer des ovaires et de l'endomètre**

- L'emploi des COC aide à *protéger* les utilisatrices contre deux types de cancer – cancer des ovaires et cancer de la muqueuse qui tapisse l'utérus (cancer de l'endomètre).
- Cette protection continue pendant 15 années ou plus après avoir arrêté l'emploi de la pilule.

**Cancer du sein**

- Les résultats des travaux de recherche sur les COC et le cancer du sein sont difficiles à interpréter :
  - Les études ont constaté que les femmes qui avaient utilisé des COC il y a plus de 10 années sont exposées au même risque de contracter un cancer du sein que des femmes semblables qui n'ont jamais utilisé de COC. Par contre, les utilisatrices actuelles des COC et les femmes qui ont utilisé des COC ces 10 dernières années sont légèrement plus susceptibles d'avoir un cancer du sein.
  - Si un cancer du sein est diagnostiqué chez une utilisatrice actuelle des COC, ou une ancienne utilisatrice, les cancers sont moins avancés que les cancers diagnostiqués chez d'autres femmes.
  - On ne sait pas si ces résultats s'expliquent suite à un dépistage plus précoce des cancers existants du sein chez les utilisatrices des COC, ou par un effet biologique des COC sur le cancer du sein.

**Cancer du col**

- Le cancer du col est causé par certains types de virus du papillome humain (HPV). Le HPV est une infection courante transmise sexuellement qui se guérit généralement d'elle-même, sans traitement, mais qui peut également persister à d'autres occasions.
- L'emploi des COC pendant 5 ans ou plus semble accélérer le développement d'une infection persistante HPV qui évolue en cancer du col. Le nombre de cancers du col associé à l'emploi des COC resterait très faible.
- Si un dépistage cervical peut être réalisé, les prestataires conseilleront aux utilisatrices des COC et à toutes les autres femmes, de passer un test de dépistage tous les 3 ans (ou selon les délais recommandés par les directives nationales) afin de détecter tout changement précancéreux du col pouvant ainsi être retiré. Citons parmi les facteurs, dont on sait qu'ils augmentent le cancer du col, le fait d'avoir un grand nombre d'enfants et le tabagisme (voir Cancer du col, p. 284.)

# Qui peut et qui ne peut pas utiliser les contraceptifs oraux combinés

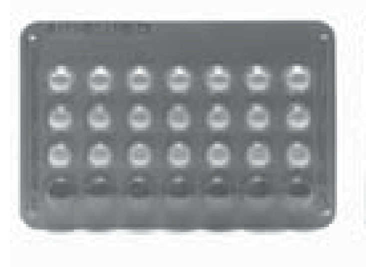
## Sans risques et qui conviennent à pratiquement toutes les femmes

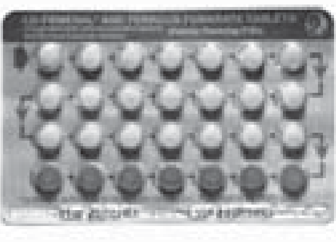
Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser les COC sans risques et efficacement, y compris les femmes :

- Qui ont ou qui n'ont pas d'enfants
- Qui ne sont pas mariées
- Quel que soit leur âge y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans
- Qui viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche
- Qui fument des cigarettes si elles ont moins de 35 ans
- Qui sont anémiques maintenant ou qui l'ont été dans le passé
- Qui ont des varices
- Qui sont infectées par le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement antirétroviral (voir Contraceptifs oraux combinés pour les femmes vivant avec le VIH, p. 9)

Les femmes peuvent commencer à utiliser les COC :

- Sans avoir un examen gynécologique
- Sans test de sang ou autre test routinier de laboratoire
- Sans dépistage du cancer du col
- Sans examen des seins
- Même si une femme n'a pas ses règles en ce moment, si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir Liste de vérification sur la grossesse, p. 372)





### Critères de recevabilité médicale pour

# Les contraceptifs oraux combinés

Poser à la cliente les questions ci-après sur des affections médicales connues. Des examens et tests ne sont pas nécessaires. Si elle répond "non" à toutes les questions, elle peut alors commencer à prendre les COC si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à une question, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut quand même commencer à prendre les COC. Ces questions s'appliquent également au patch combiné (voir p. 102) et à l'anneau vaginal combiné (voir p.106).

**1. Est-ce que vous allaitez un bébé de moins de 6 mois ?**

❑ NON ❑ **OUI**

- Si elle pratique l'allaitement complet ou presque complet : lui donner les COC et lui dire de commencer à les prendre 6 mois après la naissance du bébé ou lorsque le lait maternel n'est plus le principal aliment du bébé – selon ce qui survient en premier (voir Allaitement complet ou presque complet, p.10)
- Si elle pratique l'allaitement partiel : elle peut commencer les COC dès qu'elle est à 6 semaines après la naissance (voir Allaitement partiel, p. 11).

**2. Avez-vous eu un bébé ces 3 dernières semaines que vous n'allaitez pas ?**

❑ NON ❑ **OUI** Lui donner les COC maintenant et lui dire de commencer à les prendre 3 semaines après la naissance (voir N'allaite pas, p. 11).

**3. Est-ce que vous fumez des cigarettes ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a 35 ans ou plus et qu'elle fume, ne pas lui donner les COC. Lui recommander vivement d'arrêter de fumer et l'aider à choisir une autre méthode.

**4. Est-ce que vous avez une cirrhose du foie, une infection du foie ou une tumeur au foie ? (Est-ce que ses yeux ou sa peau sont anormalement jaunes ? [Signe de jaunisse]) Est-ce que vous avez déjà eu une jaunisse en utilisant les COC ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle signale qu'elle a une grave maladie active du foie (jaunisse, hépatite active, cirrhose bénigne ou grave, tumeur du foie) ou si elle a déjà eu la jaunisse pendant qu'elle prenait des COC, ne pas lui remettre de COC. L'aider à choisir une méthode sans hormones. (Elle peut utiliser des injectables mensuels si elle n'a eu la jaunisse que lorsqu'elle utilisait des COC).

**5. Avez-vous une tension artérielle élevée ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si vous ne pouvez pas vérifier sa tension artérielle et si elle indique des antécédents de tension artérielle élevée, ou si elle est traitée pour tension artérielle élevée, ne pas lui remettre les COC. L'orienter vers un prestataire pour contrôler sa tension artérielle si possible ou l'aider à choisir une méthode sans œstrogène.

Contrôler sa tension artérielle si possible :

- Si sa tension artérielle est inférieure à 140/90 mm Hg, lui donner des COC.
- Si sa tension artérielle systolique est de 140 mm Hg ou plus élevée, ou si sa tension artérielle diastolique est de 90 ou plus, ne pas lui donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène, mais pas les injectables à progestatifs seuls si la tension artérielle systolique est de 160 ou plus élevée ou si la tension diastolique est de 100 ou plus élevée.

(Une seule lecture de la tension artérielle dans la fourchette des 140–159/90–99 mm Hg ne suffit pas pour établir le diagnostic d'une tension artérielle élevée. Lui remettre une méthode d'appoint qu'elle utilisera jusqu'à ce qu'elle revienne pour un autre contrôle de tension artérielle ou l'aider à choisir une autre méthode de suite, si elle le préfère. Si sa tension artérielle au prochain contrôle est inférieure à 140/90, elle peut utiliser les COC.)

**6. Avez-vous eu du diabète pendant plus de 20 ans ou des lésions causées par le diabète à vos artères, à votre vision, à vos reins ou à votre système nerveux ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène mais pas de injectables à progestatifs seuls.

**7. Avez-vous une maladie de la vésicule biliaire, actuellement ou prenez-vous des médicaments pour une maladie de la vésicule biliaire ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner des COC. L'aider à choisir une autre méthode mais pas le patch combiné, ni l'anneau vaginal combiné.

**8. Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale, un caillot sanguin dans vos jambes ou vos poumons, une attaque cardiaque ou autres graves problèmes cardiaques ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique une crise cardiaque, une cardiopathie imputable à un blocage ou rétrécissement d'artère ou une attaque cérébrale, ne pas lui donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène mais pas les injectables à seuls progestatifs. Si elle signale un caillot de sang actuel dans les veines profondes des jambes ou des poumons (mais pas de caillots superficiels), l'aider à choisir une méthode sans hormones.

*(suite à la page suivante)*

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes de contraception les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

**9. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans hormone.

**10. Avez-vous parfois une zone lumineuse de perte de vision dans les yeux avant des maux de tête intenses (migraine avec lumières vives) ? Est-ce que vous avez des graves maux de tête lancinants souvent d'un côté de la tête qui peuvent durer de quelques heures à quelques jours et qui vous donnent la nausée ou des vomissements (migraines) ? Ces migraines sont-elles aggravées par la lumière ou le bruit, ou lorsque vous vous déplacez ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a des migraines avec lumières vives, quel que soit son âge, ne pas lui donner de COC. Si elle a des migraines sans lumières vives et si elle a 35 ans ou plus, ne pas lui donner de COC. Aider ces femmes à choisir une méthode sans oestrogènes. Si elle a moins de 35 ans et si elle a des migraines sans lumières vives, elle peut utiliser des COC (voir Dépistage des migraines avec et sans lumières vives, p. 368)

**11. Est-ce que vous prenez des médicaments contre les convulsions, est-ce que vous prenez de la rifampicine pour la tuberculose ou d'autres maladies ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, de la topiramate ou de la rifampicine, ne pas lui donner de COC. En effet, ces médicaments peuvent rendre les COC moins efficaces. L'aider à choisir une autre méthode mais pas la pilule ou les implants à progestatifs seuls.

**12. Est-ce que vous devez avoir une chirurgie majeure qui vous empêchera de marcher pendant une semaine ou plus ?**

❑ NON ❑ **OUI** Dans ce cas, elle peut commencer les COC 2 semaines après l'acte chirurgical. Elle pourra utiliser une méthode d'appoint jusqu'au moment où elle pourra commencer à prendre les COC.

**13. Est-ce que vous avez des pathologies qui augmentent vos risques d'avoir une maladie cardiaque (maladie des artères coronaires) ou d'accidents cardiovasculaires, par exemple, âge avancé, tabagisme, tension artérielle élevée ou diabète ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas lui donner de COC. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène mais pas de des injectables à progestatifs seuls.

Pour les classifications complètes, voir Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 324. Ne pas oublier d'expliquer les avantages et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode que la cliente utilisera. Indiquer également toute pathologie qui ferait que la méthode ne lui est plus recommandable et qui s'applique à la cliente.

## Faire appel au jugement clinique dans des cas spéciaux

Généralement, une femme souffrant de l'une des affections mentionnées ci-après ne devrait pas utiliser les COC. Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, lorsque d'autres méthodes plus adéquates ne sont pas disponibles ou ne sont pas acceptables pour elle, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état et la situation de la femme en question et décider si elle peut ou non utiliser les COC. Le prestataire doit envisager la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle aura accès à un suivi médical.

- N'allaite pas et se trouve à moins de 3 semaines depuis la naissance
- Allaite essentiellement entre 6 semaines et 6 mois depuis la naissance
- A 35 ans ou plus et fume moins de 15 cigarettes par jour
- A une tension artérielle élevée (tension artérielle systolique entre 140 et 159 mm Hg ou tension artérielle diastolique entre 90 et 99 mm Hg)
- A une tension artérielle élevée sous contrôle, lorsqu'une évaluation continue est possible
- A des antécédents de tension artérielle élevée, lorsqu'on ne peut pas prendre la tension artérielle (y compris tension artérielle élevée liée à la grossesse)
- A une cirrhose bénigne du foie ou des antécédents de jaunisse lors de l'emploi des COC par le passé
- A une maladie de la vésicule biliaire (actuelle ou traitée médicalement)
- A 35 ans ou plus et a des migraines sans lumières vives qui ont commencé ou qui ont empiré lors de l'emploi des COC
- Avait un cancer du sein il y a plus de 5 ans et qui n'est pas revenu
- Prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, de la topiramate, ou de la rifampicine. Une méthode contraceptive d'appoint devrait également être utilisée car ces médicaments réduisent l'efficacité des COC
- Souffre de diabète depuis plus de 20 ans ou de lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux
- Multiples facteurs risques pour les maladies cardiovasculaires artérielles : âge avancé, tabagisme, diabète et tension artérielle élevée

## Contraceptifs oraux combinés pour les femmes vivant avec le VIH

- Les femmes qui sont infectées par le VIH, qui sont atteintes du sida ou qui suivent un traitement antirétroviral (ARV) peuvent utiliser sans risques les COC.
- Recommander vivement à ces femmes d'utiliser des préservatifs avec les COC. S'ils sont utilisés régulièrement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d'autres IST. Les préservatifs confèrent également une protection contraceptive supplémentaire pour les femmes qui suivent un traitement à base d'ARV. Par contre, on ne sait pas si les ARV réduisent l'efficacité des COC.

# Fourniture de contraceptifs oraux combinés

## Quand Commencer

**IMPORTANT :** une femme peut recevoir à n'importe quel moment des COC si on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, on peut utiliser la Liste de vérification de la grossesse (voir p. 372). De plus, on peut remettre les COC à une femme à n'importe quel moment et lui indiquer quand elle peut commencer à les prendre.

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A ses règles ou a arrêté d'utiliser une méthode non hormonale** | **A n'importe quel moment du mois**<br>• Si elle commence à les prendre dans les 5 jours qui suivent le début de ses règles, pas besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 5 jours après le début des règles, elle peut commencer à prendre les COC à n'importe quel moment, si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours où elle prendra la pilule. (Si elle ne peut pas être raisonnablement certaine, lui donner des COC de suite et lui dire de commencer à les prendre lors des prochaines règles).<br>• Si elle utilisait auparavant un DIU, elle peut commencer à prendre immédiatement les COC (voir DIU au cuivre, Passer du DIU à une autre méthode, p. 148). |
| **Quand elle arrête une méthode hormonale** | • Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale régulièrement et correctement ou si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pas la peine d'attendre les prochaines règles. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle utilisait les injectables, elle peut commencer à prendre les COC au moment où elle aurait dû recevoir une autre injection. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint. |
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet** | |
| Se trouve à moins de 6 mois après l'accouchement | • Lui donner les COC et lui dire de commencer à les prendre 6 mois après l'accouchement ou lorsque le lait maternel n'est plus le seul aliment du bébé – ce qui survient en premier. |

** Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet** (suite) | |
| Se trouve à plus de 6 mois après l'accouchement | • Si elle n'a pas encore eu son retour de couches, elle peut commencer les COC à n'importe quel moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de la prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas être raisonnablement certain, lui donner des COC tout de suite et lui indiquer de commencer à les prendre au moment de ses prochaines règles.)<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à prendre les COC, tel qu'on le recommande aux femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page précédente). |
| **Pratique l'allaitement maternel partiel** | |
| Se trouve à moins de 6 semaines après l'accouchement | • Lui donner les COC et lui indiquer de commencer à les prendre 6 semaines après l'accouchement.<br>• Lui remettre également une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'elle arrive à 6 semaines après l'accouchement et si ses règles reviennent avant ce moment. |
| Se trouve à plus de 6 semaines après l'accouchement | • Si elle n'a pas eu son retour de couches, elle peut commencer les COC à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de la prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas raisonnablement être certain, lui remettre immédiatement les COC et lui indiquer de commencer à les prendre au moment de ses prochaines règles.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à prendre les COC, tel qu'on le recommande aux femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page précédente). |
| **N'allaite pas** | |
| Se trouve à moins de 4 semaines après l'accouchement | • Elle peut commencer les COC à n'importe quel moment, du 21e au 28e jour après l'accouchement. Lui donner les pilules à n'importe quel moment pour qu'elle commence à les prendre lors de ces 7 jours. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint. |

† *Dans les endroits où une visite à 6 semaines après l'accouchement est généralement recommandée et si les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires et certains programmes peuvent donner les COC lors de la visite à 6 semaines, sans autres informations montrant que la femme n'est pas enceinte, si elle n'a pas encore eu son retour de couches.*

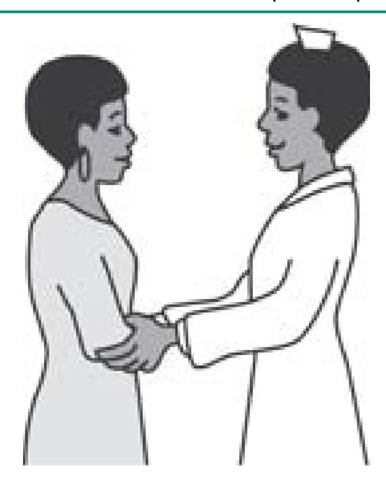
| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **N'allaite pas** (suite) | |
| Se trouve à plus de 4 semaines après l'accouchement | • Si elle n'a pas eu son retour de couches, elle peut commencer à prendre les COC à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de la prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas être raisonnablement certain, lui donner immédiatement les COC et lui indiquer de commencer à les prendre lors de ses prochaines règles.)<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à prendre les COC, tel qu'on le recommande aux femmes ayant leurs cycles menstruels (voir p. 10). |
| **N'a pas ses règles** (N'est pas lié à l'accouchement ou à l'allaitement) | • Elle peut commencer les COC à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de la prise de la pilule. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | • Immédiatement. Si elle commence durant les 7 premiers jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, elle peut commencer à prendre les COC à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de la prise de la pilule. (Si vous ne pouvez pas être raisonnablement certain, lui donner immédiatement les COC et lui indiquer de commencer à les prendre lors de ses prochaines règles). |
| **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • Elle peut commencer à prendre les COC le lendemain après avoir terminé de prendre la PCU. Pas besoin d'attendre ses prochaines règles pour commencer à prendre la pilule.<br>– Une nouvelle utilisatrice de la pilule doit commencer une nouvelle plaquette de pilules.<br>– Une utilisatrice continue qui a dû prendre une PCU à cause d'une erreur de prise de la pilule peut continuer là où elle s'est arrêtée dans sa plaquette actuelle.<br>– Toutes les femmes auront besoin d'utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de la prise de la pilule. |

† *Dans les endroits où une visite à 6 semaines après l'accouchement est généralement recommandée et si les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires et certains programmes peuvent donner les COC lors de la visite à 6 semaines, sans autres informations montrant que la femme n'est pas enceinte, si elle n'a pas encore eu son retour de couches.*

# Donner des conseils sur les effets secondaires

**IMPORTANT :** Des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires sont une composante importante de la fourniture de la méthode. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode.

| | |
|---|---|
| **Décrire les effets secondaires les plus courants** | • Lors des premiers mois, des saignements à des moments inattendus (saignements irréguliers). Ensuite, des saignements mensuels plus légers, plus courts et plus réguliers.<br>• Maux de tête, seins endoloris, changement de poids et autres effets secondaires possibles. |
| **Expliquer à propos de ces effets secondaires** | • Les effets secondaires ne sont pas un signe de maladie.<br>• La plupart des effets secondaires, généralement s'atténuent ou cessent lors des premiers mois de la prise des COC.<br>• Courants, bien que certaines femmes n'en aient pas. |
| **Expliquer que faire en cas d'effets secondaires** | • Continuer à prendre les COC. En sautant des pilules, on risque de tomber enceinte et les effets secondaires peuvent s'empirer.<br>• Prendre chaque pilule au même moment chaque jour pour aider à réduire les saignements irréguliers et également pour mieux se souvenir qu'il faut prendre la pilule.<br>• Prendre la pilule avec des aliments ou au moment de dormir pour éviter les nausées.<br>• La cliente peut revenir pour chercher de l'aide si les effets secondaires la préoccupent. |



## Expliquer le mode d'emploi

| | |
|---|---|
| **1. Donner les pilules** | • Donner autant de plaquettes que possible – même si c'est l'approvisionnement d'une année (13 plaquettes). |
| **2. Expliquer la plaquette** | • Montrer quel type de plaquette – 21 pilules ou 28 pilules. Avec la plaquette de 28 pilules, indiquer que les 7 dernières pilules sont d'une couleur différente et ne comprennent pas d'hormones.<br>• Montrer comment prendre la première pilule de la plaquette et ensuite indiquer comment suivre les directions ou les flèches sur la plaquette pour prendre le reste des pilules. |
| **3. Donner des instructions-clés** | • **Prendre une pilule à chaque jour –** jusqu'à ce que la plaquette soit terminée.<br>• Discuter des conseils pour prendre une pilule à chaque jour. Relier la prise dede la pilule à une activité quotidienne, par exemple se brosser les dents pour mieux se souvenir de la prendre.<br>• Le fait de prendre la pilule au même moment à chaque jour l'aide à s'en rappeler. Cela peut également aider à diminuer certains effets secondaires. |
| **4. Expliquer quand commencer la prochaine plaquette** | • Plaquettes de 28 pilules : lorsqu'elle termine une plaquette, elle devrait prendre la première pilule de la prochaine plaquette dès le lendemain.<br>• Plaquettes de 21 pilules : après avoir pris la dernière pilule d'une plaquette, elle devrait attendre 7 jours – pas plus – et ensuite, prendre la première pilule de la plaquette suivante.<br>• Il est très important de commencer à temps la prochaine plaquette. Il existe un risque de grossesse en commençant trop tard une plaquette. |
| **5. Fournir une méthode d'appoint et expliquer l'utilisation** | • Parfois, elle devra utiliser une méthode d'appoint, par exemple quand elle saute une pilule.<br>• Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins ou féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Lui donner des préservatifs si possible. |

# Soutenir l'utilisatrice

## *Que faire si elle oublie de prendre des pilules*

Il est facile d'oublier une pilule ou de la prendre avec du retard. Les utilisatrices des COC devraient savoir ce qu'elles doivent faire si elles oublient de prendre des pilules. **Si une femme saute une ou plusieurs pilules, elle doit suivre les instructions ci-après**. Utiliser l'outil à l'intérieur de la couverture au dos pour aider à expliquer ces instructions à la cliente.

### Rattraper les pilules sautées avec 30 – 35 µg d'œstrogène‡

| | |
|---|---|
| **Message-clé** | • **Prendre une pilule hormonale oubliée aussi rapidement que possible.**<br>• Prendre les pilules, comme d'habitude, une par jour (cela signifie parfois que la femme prend 2 pilules le même jour ou même 2 pilules en même temps.) |
| **A oublié de prendre 1 ou 2 pilules ? A commencé une nouvelle plaquette 1 ou 2 jours en retard ?** | • Prendre aussi vite que possible la pilule hormonale.<br>• Peu, voire aucun risque de grossesse. |
| **A oublié de prendre 3 pilules ou plus pendant la première ou la seconde semaine ? A commencé une nouvelle plaquette avec 3 jours ou plus de retard ?** | • Prendre une pilule hormonale aussi vite que possible.<br>• Utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 jours suivants.<br>• De plus, si elle a eu des rapports sexuels les 5 derniers jours, envisager la PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45). |
| **A oublié 3 pilules ou plus pendant la troisième semaine ?** | • Prendre une pilule hormonale aussi vite que possible.<br>• Terminer toutes les pilules hormonales de la plaquette. Jeter les 7 pilules non hormonales de la plaquette de 28 pilules.<br>• Commencer une nouvelle plaquette le lendemain.<br>• Utiliser une méthode d'appoint pour les 7 jours à venir.<br>• De plus, si elle a eu des rapports sexuels ces 5 derniers jours, envisager la PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45). |
| **A oublié de prendre les pilules non hormonales ?** (7 dernières pilules de la plaquette de 28 pilules) | • Jeter la (les) pilule(s) non hormonale(s) oubliée(s).<br>• Continuer de prendre les pilules, une par jour. Commencer la nouvelle plaquette comme d'habitude. |
| **Graves vomissements ou diarrhées** | • Si elle vomit dans les 2 heures qui suivent la prise de la pilule, elle devrait prendre une autre pilule de la plaquette dès que possible et ensuite, continuer à prendre les pilules comme d'habitude.<br>• Si elle a des vomissements ou la diarrhée pendant plus de 2 jours, suivre les instructions pour 1 ou 2 pilules oubliées, tel qu'indiqué ci-dessus. |

‡ *Pour des pilules avec 20 µg d'œstrogène ou moins, les femmes qui sautent une pilule devraient suivre les mêmes directives que si elles sautent une ou deux pilules de 30–35 µg. Les femmes qui sautent 2 pilules ou plus devraient suivre les mêmes directives que si elles sautent 3 pilules ou plus de 30–35 µg.*

### *"Revenez à n'importe quel moment" : raisons de revenir*

Indiquez bien à chaque cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment – par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode : elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense qu'elle pourrait être enceinte. En plus, elle peut revenir si :

- Elle a perdu ses pilules ou a commencé une nouvelle plaquette avec plus de 3 jours de retard et également si elle a eu des rapports sexuels pendant ce temps. Elle pourra envisager d'utiliser la PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45).

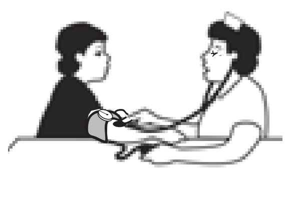
Conseil général pour la santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait venir immédiatement obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne réside pas dans la méthode contraceptive mais elle devrait quand même indiquer ce qu'elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

### *Prévoir la prochaine visite*

1. Lui recommander de revenir pour obtenir d'autres plaquettes avant qu'elle ne termine les plaquettes qu'elle a en sa possession.
2. Une visite annuelle est recommandée.
3. Certaines femmes devraient revenir dans les 3 mois d'utilisation des COC. En effet, c'est l'occasion de répondre à leurs questions, de les aider si elles ont un problème et de vérifier leur emploi correct de la méthode.

## Aider les utilisatrices continues

1. Demander à la cliente si tout se passe bien avec la méthode et si elle est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de quelque chose.
2. Lui demander notamment si elle est préoccupée par des changements dans les saignements. Lui donner des informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prise en charge des problèmes, page suivante).
3. Lui demander si elle a souvent des problèmes pour se rappeler de prendre la pilule chaque jour. Dans ce cas, discuter des manières qui facilitent le rappel, de ce qu'il faut faire si elle oublie des pilules et la possibilité de la PCU ou encore l'aider à choisir une autre méthode.
4. Lui remettre d'autres plaquettes – l'approvisionnement de toute une année (13 plaquettes), si c'est possible. Prévoir sa prochaine visite avant le moment où elle aura utilisé toutes les pilules.
5. Chaque année vérifier sa tension artérielle si possible (voir Critères de recevabilité médicale, question 5, p. 7).
6. Demander à une cliente à long terme si elle a eu de nouveaux problèmes de santé depuis sa dernière visite. Traiter les problèmes de la manière indiquée. Pour les nouveaux problèmes de santé qui exigeront peut-être qu'elle change de méthode, voir p. 19.
7. Demander à une cliente à long terme si des changements importants sont survenus dans sa vie qui pourraient modifier ses besoins, notamment si elle envisage d'avoir des enfants ou si elle est exposée au risque de contracter les IST/VIH. Assurer le suivi nécessaire.



# Prise en charge des problèmes

## *Problèmes signalés comme des effets secondaires ou problèmes au niveau de l'utilisation*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

- Les problèmes au niveau des effets secondaires se répercutent sur l'emploi des COC et la satisfaction des femmes. Le prestataire de soins doit prêter attention à ce es problèmes. Si la cliente signale des effets secondaires ou des problèmes, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils et, le cas échéant, traiter les problèmes.
- L'encourager à prendre une pilule chaque jour, même si elle note des effets secondaires. Des pilules oubliées posent le risque de grossesse et peuvent aggraver certains effets secondaires.
- Un grand nombre d'effets secondaires finiront par disparaître après quelques mois d'utilisation. Pour une femme dont les effets secondaires persistent, lui donner une formulation différente des COC si disponible, pour 3 mois au moins.
- Proposer d'aider la cliente à choisir une autre méthode – maintenant si elle le souhaite ou elle ne peut pas venir à bout des problèmes.

### Pilules oubliées

- Voir Ce qu'il faut faire en cas de pilules oubliées, p. 15.

### **Saignements irréguliers** (saignements à des moments non prévus qui préoccupent la cliente)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes qui utilisent des COC ont des saignements irréguliers. Ce n'est pas grave et généralement, ils s'atténuent ou cessent après les quelques premiers mois d'utilisation.
- Autres causes possibles de saignements irréguliers :
  - Pilules oubliées
  - Prise de la pilule à différents moments chaque jour
  - Vomissements ou diarrhées
  - Prise de médicaments contre les convulsions ou de la rifampicine (voir Commencer le traitement avec des médicaments contre la convulsion ou de la rifampicine, p. 20)
- Pour diminuer les saignements irréguliers :
  - Lui recommander vivement de prendre une pilule chaque jour et au même moment chaque jour.
  - Lui apprendre ce qu'elle doit faire si elle oublie des pilules, y compris ce qu'elle doit faire après des vomissements ou la diarrhée (voir Ce qu'il faut faire en cas de pilules oubliées, p. 15)
  - Pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours, ou un autre médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), et dès que commencent les saignements irréguliers. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens soulagent en cas de saignements irréguliers lors de l'utilisation des implants, des injectables à progestatifs seuls et du DIU et ils peuvent également aider lors de la prise de COC.

– Si elle prend la pilule depuis plusieurs mois et si les anti-inflammatoires ne la soulagent pas, lui donner une formulation différente de COC si disponible. Lui demander d'essayer la nouvelle pilule pendant 3 mois au moins.

- Si les saignements irréguliers continuent ou commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou pas de saignements menstruels, ou si vous soupçonnez un autre problème pour d'autres raisons, envisager les conditions sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués à la page suivante).

## Absence de saignements menstruels

- Lui demander si elle a des saignements (elle risque d'avoir une petite tache dans ses sous-vêtements qu'elle ne reconnaît pas comme un saignement menstruel). Si tel est le cas, la rassurer.
- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes utilisant des COC n'ont plus leurs règles et que cela n'est pas grave. Il n'est pas nécessaire d'avoir des pertes de sang chaque mois. C'est comme ne pas avoir ses règles pendant la grossesse, elle n'est pas stérile. Le sang ne s'accumule pas dans son corps. (Certaines femmes sont bien contentes de ne pas avoir leurs saignements menstruels).
- Lui demander si elle prend une pilule chaque jour. Si c'est ainsi, la rassurer et lui dire qu'elle n'est probablement pas enceinte. Elle peut continuer à prendre ses COC comme avant.
- A-t-elle sauté la pause de 7 jours entre les plaquettes (plaquettes de 21 jours) ou a-t-elle sauté les 7 pilules non hormonales (plaquettes de 28 jours) ? Dans ce cas, la rassurer, lui dire qu'elle n'est pas enceinte. Elle peut continuer à utiliser les COC.
- Si elle a sauté les pilules hormonales ou si elle a commencé une nouvelle plaquette avec retard :
  – Elle peut continuer à utiliser les COC.
  – Indiquer à une femme qui a oublié 3 pilules ou plus, ou qui a commencé une nouvelle plaquette avec 3 jours de retard ou plus, de revenir si elle a des signes et symptômes de grossesse précoce (voir p. 371 pour des signes et symptômes courants de grossesse).
  – Voir p. 15 pour des instructions sur ce qu'il faut faire en cas de pilules oubliées.

## **Maux de tête ordinaires** (qui ne sont pas des migraines)

- Prendre les mesures suivantes (une à la fois) :
  – Prendre de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200- 400mg), du paracétamol (325–1000 mg), ou autre anti-douleur.
  – Certaine femmes ont des maux de tête pendant la semaine sans hormones (les 7 jours pendant lesquels une femme ne prend pas les pilules hormonales). Envisager l'utilisation prolongée (voir Utilisation prolongée et continue des contraceptifs oraux combinés, p. 21).
- Un bilan devra être fait des maux de tête qui s'aggravent ou qui se présentent plus souvent pendant l'utilisation des COC.

## Nausées ou étourdissements

- Pour les nausées, suggérer de prendre les COC au moment d'aller se coucher ou avec la nourriture.

Si les symptômes persistent :

- Envisager des remèdes disponibles localement.
- Envisager l'utilisation prolongée si la nausée survient après qu'elle commence une nouvelle plaquette (voir Utilisation prolongée et continue des contraceptifs oraux combinés, p. 21).

**Seins endoloris**

- Lui recommander de porter un soutien-gorge rembourré (surtout lors d'activités physiques et lorsqu'elle dort).
- Essayer des compresses chaudes ou froides.
- Recommander de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200-400 mg), du paracétamol (325–1000 mg), ou autre médicament contre la douleur.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

**Changement de poids**

- Revoir le régime alimentaire et conseiller, tel que nécessaire.

**Sautes d'humeur ou changement dans la libido**

- Certaines femmes ont des sautes d'humeur pendant la semaine sans hormones (les 7 jours pendant lesquels une femme ne prend pas de pilules hormonales). Envisager l'utilisation prolongée (voir Utilisation prolongée et continue des contraceptifs oraux combinés, p. 21).
- Lui demander si certains changements dans sa vie pourraient affecter ces sautes d'humeur ou envies sexuelles, notamment des changements dans sa relation avec son partenaire. Lui apporter le soutien nécessaire.
- Les clientes qui ont des sautes d'humeur graves (grave dépression) doivent être orientées vers les services indiqués.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

**Acné**

- Généralement, l'acné s'améliore avec l'utilisation des COC. Mais chez quelques femmes elle s'aggrave.
- Si elle prend la pilule depuis plus que quelques mois et si l'acné persiste, lui donner une formulation différente de COC si elle est disponible. Lui recommander d'essayer la nouvelle pilule pendant 3 mois au moins.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

## *Nouveaux problèmes qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

**Saignements vaginaux inexpliqués** (qui suggèrent une affection médicale qui n'est pas liée à la méthode) **ou saignements abondants ou prolongés**

- Orienter vers les services compétents ou évaluer en fonction des antécédents et de l'examen gynécologique. Diagnostiquer et traiter, tel qu'il convient.

- Elle peut continuer à utiliser les COC pendant que son état est évalué.
- Si les saignements sont causés par une infection sexuellement transmissible ou une inflammation pelvienne, elle peut continuer à utiliser les COC pendant le traitement.

### Commence à prendre un traitement avec des médicaments contre les convulsions ou de la rifampicine

- Les barbituriques, la carbamazépine, l'oxcarbazépine, la phénytoïne, la primidone, la topiramate et la rifampicine peuvent rendre les COC moins efficaces. Si elle utilise ces médicaments à long terme, elle devra peut-être employer une méthode différente, tels que les injectables mensuels, les injectables à progestatifs seuls ou le DIU hormonal ou au cuivre.
- Si elle utilise ces médicaments à court terme, elle pourra utiliser une méthode d'appoint avec les COC.

### **Migraines** (voir Migraines et lumières vives, p. 368)

- Quel que soit son âge, une femme peut avoir des migraines, avec lumières vives ou non, des migraines qui s'aggravent pendant qu'elle utilise les COC et elle devrait donc les arrêter.
- L'aider à choisir une méthode sans œstrogène.

### Circonstances qui l'empêchent de marcher pendant une semaine ou plus

- Si elle a subi une intervention chirurgicale ou si elle a le pied dans le plâtre, ou encore si elle est incapable de se déplacer pendant plusieurs semaines quelle que soit la raison, elle devrait :
  - Indiquer à ses médecins qu'elle utilise des COC.
  - Arrêter d'utiliser les COC et utiliser une méthode d'appoint pendant cette période.
  - Recommencer les COC 2 semaines après qu'elle peut à nouveau se déplacer.

**Certaines affections graves** (attaque cardiaque soupçonnée ou maladie soupçonnée du foie, tension artérielle élevée, caillots sanguins dans les veines profondes des jambes ou dans les poumons, accident cérébral, cancer du sein, lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux ou encore maladie de la vésicule biliaire). Voir Signes et symptômes d'affections médicales graves, p. 320.

- Lui dire d'arrêter de prendre les COC.
- Lui remettre une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que son état soit évalué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins si elle n'est pas encore sous traitement.

### Grossesse soupçonnée

- Faire un test de grossesse.
- Lui dire d'arrêter de prendre les COC si la grossesse est confirmée.
- On ne connaît aucun risque pour le fœtus conçu pendant qu'une femme prend des COC (voir Question 5, p. 22).

## Utilisation prolongée et continue des contraceptifs oraux combinés

Certaines utilisatrices de COC ne suivent pas le cycle habituel de 3 semaines de prise de la pilule hormonale suivi d'une semaine sans hormones. Ces femmes prennent des pilules hormonales pendant 12 semaines sans arrêt suivi d'une semaine de pilules non hormonales (ou pas de pilule du tout). C'est ce qu'on appelle l'utilisation prolongée. D'autres femmes prennent des pilules hormonales sans arrêt du tout. C'est ce qu'on appelle l'utilisation continue. Les pilules monophasiques sont recommandées pour un tel emploi (voir Question 16, p. 24).

Les femmes arrivent facilement à utiliser les COC des différentes manières indiquées si on leur donne les bons conseils pour le faire. Un grand nombre de femmes aiment contrôler le moment où elles ont leurs saignements menstruels (si elles en ont) et adapter l'utilisation de la pilule de la manière dont elle le souhaite.

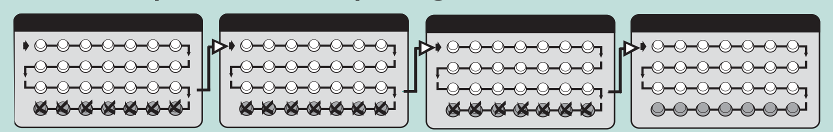
### Avantages de l'utilisation prolongée et continue

- Les femmes n'ont leurs règles que 4 fois par an ou pas du tout.
- Atténue certains effets secondaires : maux de tête, syndrome prémenstruel, sautes d'humeur et saignements prolongés et douloureux pendant la semaines sans pilules hormonales.

### Inconvénients de l'utilisation prolongée et continue

- Les saignements irréguliers peuvent durer jusqu'à 6 mois après le début de la prise de la pilule, surtout chez les femmes qui n'ont jamais utilisé auparavant des COC.
- Plus de fournitures sont nécessaires, 15 à 17 plaquettes chaque années au lieu de 13.

### Instructions pour l'utilisation prolongée



- Sauter la dernière semaine des pilules (sans hormones) dans 3 plaquettes consécutives. (Les utilisatrices des plaquettes de 21 jours sautent les périodes d'attente de 7 jours entre les 3 premières plaquettes). Aucune méthode d'appoint n'est nécessaire pendant ce temps.
- Prendre toutes les 4 semaines de pilules de la 4e plaquette. (Les utilisatrices des 21 jours prennent toutes les 3 semaines de pilules de la 4e plaquette). S'attendre à certains saignements pendant cette 4e semaine.
- Commencer la prochaine plaquette de pilules le lendemain après avoir pris la dernière pilule de la 4 e plaquette. (Les utilisatrices des 21 jours attendent 7 jours avant de commencer la prochaine plaquette).

### Instructions pour l'utilisation continue

Prendre une pilule hormonale chaque jour aussi longtemps qu'elle souhaite utiliser les COC. Si des saignements irréguliers gênant surviennent, elle peut arrêter de prendre la pilule pendant 3 ou 4 jours et ensuite commencer à nouveau les pilules hormonales de manière continue.

# Questions et réponses sur les contraceptifs oraux combinés

1. **Est-ce qu'une femme devrait prendre "un repos" des COC après les avoir pris pendant un certain temps ?**
   Non. Rien ne nous montre que ce "repos" est utile. De fait, arrêter de prendre la pilule comme un "repos" pourrait aboutir à une grossesse non souhaitée. Les COC peuvent être employés pendant de nombreuses années sans danger, sans qu'il faille les arrêter périodiquement.

2. **Si une femme prend depuis longtemps les COC, sera-t-elle protégée contre la grossesse après qu'elle arrête de prendre les COC ?**
   Non. Une femme n'est protégée qu'aussi longtemps qu'elle prend régulièrement la pilule.

3. **Combien de temps faut-il pour tomber enceinte après avoir arrêté la pilule ?**
   Les femmes qui arrêtent d'utiliser les COC peuvent tomber enceintes aussi rapidement que les femmes qui arrêtent les méthodes non hormonales. Les COC ne retardent pas le retour de la fécondité une fois que la femme arrête de les prendre. Les modes de saignement qu'avait une femme avant d'utiliser les COC reviennent généralement après qu'elle arrête de les prendre. Certaines femmes devront attendre quelques mois avant que ne reviennent leurs modes de saignement habituels.

4. **Est-ce que les COC peuvent provoquer un avortement ?**
   Non. La recherche sur les COC constate qu'ils n'interrompent pas une grossesse existante. Ils ne doivent être utilisés pour essayer de provoquer un avortement. En effet, ils ne pourront pas le faire.

5. **Est-ce que les COC causent des malformations congénitales ? Est-ce que le fœtus pourra souffrir si une femme prend accidentellement des COC pendant qu'elle est enceinte ?**
   Non. Il existe de solides preuves qui nous montrent que les COC ne causeront pas de malformations à la naissance et ne pourront pas nuire au fœtus, si une femme tombe enceinte pendant qu'elle prend accidentellement des COC ou si elle commence accidentellement des COC alors qu'elle est déjà enceinte.

6. **Est-ce que les COC font prendre du poids ou au contraire font perdre du poids ?**
   Non. La plupart des femmes ne perdent pas de poids et n'en gagnent pas non plus à cause des COC. Les changements de poids surviennent normalement alors que se modifient les circonstances de la vie et que les gens vieillissent. Ces changements dans le poids sont tellement courants qu'un grand nombre de femmes pensent que ce sont les COC qui ont provoqué ces prises ou pertes de poids. Et pourtant, les études constatent qu'en moyenne les COC n'affectent pas le poids. Quelques femmes remarqueront des changements soudains dans leur poids alors qu'elles utilisent des COC. Ces changements peuvent disparaître une fois qu'elles arrêtent d'utiliser les COC. On ne sait pas pourquoi ces femmes réagissent de cette manière à la prise des COC.

7. **Est-ce que les COC provoquent des sautes d'humeur ou modifient la libido ?**
En général, non. Certaines femmes qui utilisent les COC se plaignent effectivement de tels problèmes. Par contre, la vaste majorité des utilisatrices de COC n'indiquent pas de tels changements et certaines signalent même que les humeurs ou envies sexuelles s'améliorent. Il est difficile de savoir si de tels changements sont imputables aux COC ou à d'autres raisons. Les prestataires pourront aider une cliente qui a de tels problèmes (voir Sautes d'humeur ou changements dans les envies sexuelles, p. 19). Il n'existe aucune preuve indiquant que les COC changent le comportement sexuel d'une femme.

8. **Que peut dire un prestataire à une femme qui lui pose des questions sur les COC et le cancer du sein ?**
Le prestataire indiquera que, tant les utilisatrices des COC que les femmes qui n'en utilisent pas, peuvent contracter un cancer du sein. D'après des études scientifiques, les taux du cancer du sein étaient légèrement plus élevés chez les femmes utilisant des COC et chez celles qui avaient utilisé des COC ces 10 dernières années que chez les autres femmes. Les chercheurs ne savent pas si ce sont les COC qui ont effectivement provoquer cette légère hausse dans l'incidence du cancer du sein. Il est possible que les cancers existaient déjà avant l'emploi des COC mais qu'ils ont été dépistés à un stade plus précoce chez les utilisatrices des COC (voir Faits sur les contraceptifs oraux combinés et le cancer, p. 4).

9. **Est-ce que les COC peuvent être utilisés comme un test de grossesse ?**
Non. Une femme peut avoir des saignements vaginaux ("saignements de retrait ou de privation") après avoir pris plusieurs COC ou une plaquette entière de COC mais les études nous montrent que cette pratique ne permet pas de savoir si elle est enceinte ou non. Aussi, ne recommande-t-on pas de donner à une femme des COC pour voir si elle a des saignements plus tard et pouvoir indiquer ainsi qu'elle est enceinte. Les COC ne devraient pas être donnés aux femmes comme un test de grossesse car cela ne produit pas de résultats exacts.

10. **Est-ce qu'une femme doit avoir un examen gynécologique avant de commencer à prendre les COC ou lors des visites de suivi ?**
Non. Il vaut mieux poser les bonnes questions pour pouvoir déterminer avec une certaine certitude que la femme n'est pas enceinte (voir Liste de vérification de la grossesse, p. 372). Aucune affection pouvant être notée lors d'un examen gynécologique n'empêche l'utilisation des COC.

11. **Est-ce que les femmes avec des varices peuvent utiliser les COC ?**
Oui. Les COC ne comportent aucun risque pour les femmes avec des varices. Les varices sont des vaisseaux sanguins élargis proches de la surface de la peau. Elles ne sont pas dangereuses. Ce ne sont pas des caillots sanguins et ce ne sont pas les veines profondes des jambes où un caillot de sang pourrait être dangereux (thrombose veineuse profonde). Une femme qui a actuellement une thrombose ou qui en a eu une dans le passé ne devrait pas utiliser des COC.

**12. Est-ce qu'une femme peut prendre sans danger des COC tout au long de sa vie ?**

Oui. Il n'existe pas d'âge minimum ou maximum pour l'utilisation des COC. Les COC peuvent être une méthode qui convient à la plupart des femmes dès leurs premières règles jusqu'à la ménopause (voir Femmes proches de la ménopause, p. 272).

**13. Est-ce que les femmes qui fument peuvent utiliser sans danger les COC ?**

Les femmes de moins de 35 ans qui fument peuvent utiliser des COC à faibles doses. Les femmes qui ont 35 ans et plus et qui fument devraient choisir une méthode sans œstrogène ou alors si elles fument moins de 15 cigarettes par jour, elles pourront choisir des injectables mensuels. Les femmes plus âgées qui fument peuvent prendre la pilule à progestatifs seuls si elles préfèrent la pilule. Il faudrait vivement encourager toutes ces femmes à arrêter de fumer.

**14. Que se passe-t-il si une cliente souhaite utiliser les COC mais qu'elle n'est pas raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte, après avoir utilisé la liste de vérification de la grossesse ?**

Si les tests de grossesses ne sont pas disponibles, on pourra donner les COC à une femme pour qu'elle les emporte à la maison en lui indiquant de commencer à les prendre dans les 5 jours après le début de ses prochaines règles. Elle pourra utiliser une méthode d'appoint jusqu'à ce moment-là.

**15. Est-ce que COC peuvent utilisés comme pilule contraceptive d'urgence (PCU) après des rapports sexuels non protégés ?**

Oui. Dès que possible, mais dans un maximum de 5 jours après des rapports non protégés, une femme peut prendre les COC comme PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, formulation et posologie de la pilule, p. 56). Par ailleurs, les pilules progestatifs pures sont plus efficaces et entraînent moins d'effets secondaires, tels que la nausée et les vomissements.

**16. Quelles sont les différences entre la pilule monophasique, biphasique et triphasique ?**

Les pilules monophasiques contiennent la même quantité d'œstrogène et de progestatif dans chaque pilule hormonale. Les pilules biphasiques et triphasiques modifient la quantité d'œstrogène et de progestatif à différents moments du cycle de la prise de la pilule. Pour la pilule biphasique, les 10 premières pilules ont un dosage donné et ensuite les Il pilules suivantes ont un autre niveau d'œstrogène et de progestatif. Pour les pilules triphasiques, les 7 premières pilules ont un dosage donné, les 7 pilules suivantes ont un autre dosage et les 7 dernières pilules hormonales ont encore un autre dosage. Toutes préviennent de la même manière la grossesse. Il ne semble y avoir que de légères différences dans les effets secondaires, l'efficacité et les taux de continuation.

**17. Est-il important qu'une femme prennent des COC au même moment chaque jour ?**

Oui. Pour 2 raisons. Certains effets secondaires seront atténués si la pilule est prise au même moment chaque jour. De plus, prendre la pilule à la même heure chaque jour aidera la femme à se rappeler de la prendre plus régulièrement. Le fait de relier la prise de la pilule à une activité quotidienne aide également les femmes à se rappeler de prendre leurs pilules.

# Pilules progestatives

*Ce chapitre est consacré aux pilules progestatifs à seuls pour les femmes qui allaitent. Les femmes qui n'allaitent pas peuvent également utiliser la pilule progestative. Des directives différentes sont données ici pour les femmes qui n'allaitent pas.*

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

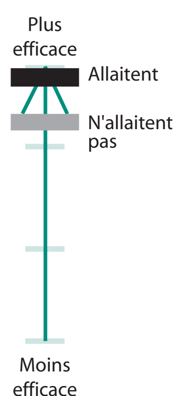
- **Prendre une pilule à chaque jour.** Pas de pause entre les plaquettes.
- **Sans risque pour les femmes qui allaitent leurs bébés.** La pilule progestative n'affecte pas la production de lait.
- **Renforcent l'effet contraceptif de l'allaitement maternel.** Ensemble, ils confèrent une protection efficace contre la grossesse.
- **Les changements de saignements sont courants mais ne sont pas dangereux.** En général; la pilule rallonge l'intervalle pendant lequel les femmes qui allaitent n'ont pas de saignements menstruels. Pour les femmes qui ont des saignements menstruels, des saignements fréquents ou irréguliers sont chose courante.
- **Peuvent être données à une femme à n'importe quel moment pour qu'elle commence plus tard.** Si l'on ne peut pas éliminer la grossesse, un prestataire peut lui remettre des pilules pour qu'elle les prenne plus tard, lorsqu'elle aura ses règles.

## Que sont les pilules progestatives ?

- Pilules qui renferment de très faibles doses d'un progestatif comme la progestérone qui est une hormone naturelle dans le corps de la femme.
- Ne contiennent pas d'œstrogène et, par conséquent, ces pilules peuvent être utilisées pendant que la femme allaite ainsi que par des femmes qui ne peuvent pas utiliser de méthodes avec un œstrogène.
- La pilule progestative (PP) est également appelée la "mini-pilule" et contraceptifs oraux à progestatifs seuls.
- Agissent essentiellement en :
  - Epaississant la glaire cervicale (cela empêchent les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule)
  - Interférant avec le cycle menstruel : elles empêchent l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires)

## Quelle est leur efficacité ?

*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* pour les femmes qui ont leurs règles, le risque de grossesse est le plus élevé si les pilules sont prises avec retard ou si elles sont sautées.




Femmes qui allaitent :

- Telles qu'utilisées couramment, environ 1 grossesse pour 100 femmes utilisant la PP pendant la première année. Cela signifie que 99 femmes sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Lorsque la pilule est prise chaque jour, moins d'une grossesse pour 100 femmes utilisant la PP pendant la première année (3 femmes sur 1 000 femmes).

Moins efficaces pour les femmes qui n'allaitent pas :

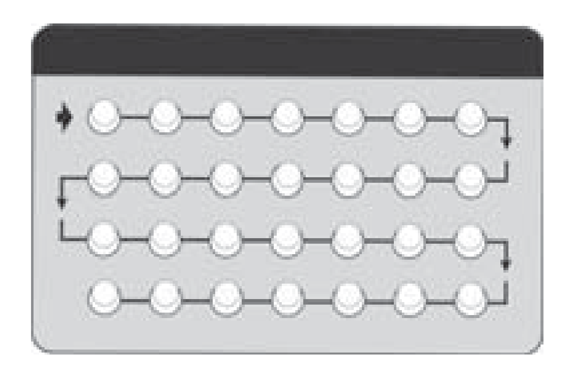
- Telles qu'utilisées couramment, environ 3 à 10 grossesses pour 100 femmes utilisant les PP pendant la première année. Cela signifie que 90 à 97 femmes sur 100 ne tomberont pas enceintes.
- Lorsque la pilule est prise chaque jour au même moment, moins d'une grossesse pour 100 femmes utilisant les PP pendant la première année (9 femmes sur 1 000).

*Retour de la fécondité après arrêt d'utilisation des PP :* pas de retard

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

### Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient la pilule progestative

- Peut être utilisée pendant qu'elles allaitent
- Peut être arrêtée à n'importe quel moment sans l'aide d'un prestataire
- N'interfèrent pas avec les rapports sexuels
- Sont sous le contrôle de la femme



## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

### *Effets secondaires* (voir Prise en charge des problèmes, p. 38)

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- Changement dans les modes de saignement, notamment :
  - Pour les femmes qui allaitent, retour de couches plus tardif après l'accouchement (plus longue aménorrhée du post-partum)
  - Saignements fréquents
  - Saignements irréguliers
  - Saignements peu fréquents
  - Saignements prolongés
  - Pas de saignements menstruels

  L'allaitement maternel modifie également les modes de saignement d'une femme.
- Maux de tête
- Etourdissements
- Sautes d'humeur
- Seins endoloris
- Douleurs abdominales
- Nausées

Autres changements physiques possibles :

- Pour les femmes qui n'allaitent pas, follicules ovariens élargies

### *Avantages connus pour la santé*

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse

### *Pas de risques connus pour la santé*

Aucun

### *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et réponses, p. 42)

La pilule progestative :

- Ne fait pas tarir le lait d'une femme qui allaite.
- Doit être prise à chaque jour, que la femme ait eu ou non des rapports ce jour-là.
- Ne rend pas la femme stérile.
- Ne cause pas la diarrhée chez les bébés qui sont allaités.
- Réduit le risque d'une grossesse ectopique.

# Qui peut et qui ne peut pas utiliser la pilule progestative

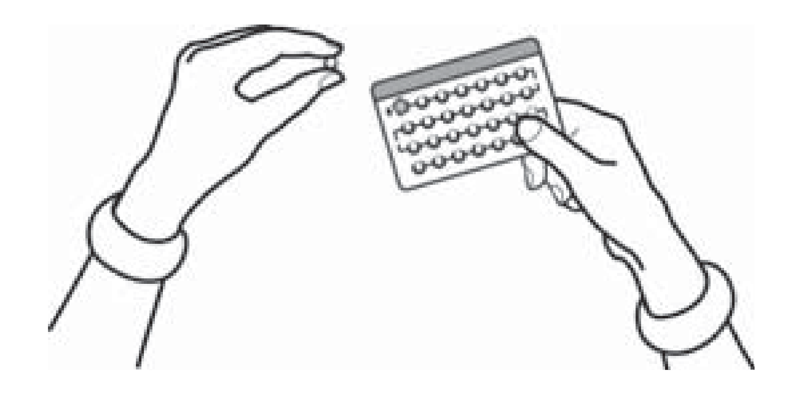
## Sans risques et qui convient à pratiquement toutes les femmes

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser la PP, sans risques et efficacement, y compris les femmes :

- Qui allaitent (peuvent commencer dès 6 semaines après l'accouchement)
- Qui ont ou n'ont pas d'enfants
- Qui sont mariées
- A n'importe quel âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans
- Qui viennent d'avoir un avortement, une fausse couche ou une grossesse ectopique
- Qui fument des cigarettes, quel que soit l'âge de la femme ou le nombre de cigarettes fumées
- Qui sont anémiques actuellement, (ou l'ont été dans le passé)
- Qui ont des varices
- Qui sont infectées par le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement antirétroviral (voir Pilule progestative pour les femmes vivant avec le VIH, p. 30)

Les femmes peuvent commencer à utiliser la PP :

- Sans examen gynécologique
- Sans tests sanguins ou autres tests routiniers de laboratoire
- Sans dépistage du cancer du col
- Sans examen des seins
- Même si une femme n'a pas ses règles pour le moment, si elle est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte (voir Liste de vérification de la grossesse, p. 372)



Critères de recevabilité médicale pour

# La pilule progestative

Poser à la cliente les questions ci-après sur des affections médicales connues. Des examens et tests ne sont pas nécessaires. Si elle répond "non" à toutes les questions, elle peut commencer à prendre la PP si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à une question, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut quand même commencer à prendre la PP.

**1. Est-ce que vous allaitez un bébé de moins de 6 semaines ?**

❑ NON ❑ **OUI** Elle peut commencer à prendre la PP dès 6 semaines après l'accouchement. Lui donner la PP maintenant et lui dire quand elle peut commencer à la prendre (voir Allaitement complet ou presque complet ou allaitement partiel, p. 31).

**2. Est-ce que vous avez une grave cirrhose du foie, une infection du foie ou une tumeur du foie ? (Est-ce que ses yeux ou sa peau sont anormalement jaunes ? [Signes de jaunisse])**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique une maladie grave et active du foie (jaunisse, hépatite active, grave cirrhose, tumeur du foie), ne pas donner de PP. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

**3. Avez-vous de graves problèmes actuels avec un caillot de sang dans vos jambes ou aux poumons ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique qu'elle a actuellement un caillot de sang (sauf les caillots superficiels), ne pas donner de PP. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

**4. Prenez-vous des médicaments contre les convulsions ? Est-ce que vous prenez de la rifampicine pour la tuberculose ou autres maladies ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, de la topiramate, ou de la rifampicine, ne pas donner de PP. Ils peuvent rendre les PP moins efficaces. L'aider à choisir une autre méthode mais pas les contraceptifs oraux combinés ou les implants.

**5. Avez-vous un cancer du sein ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas lui donner la PP. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

Ne pas oublier d'expliquer les avantages et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'utilisera la cliente. Indiquer également les pathologies faisant que la méthode n'est guère recommandée dans son cas particulier.

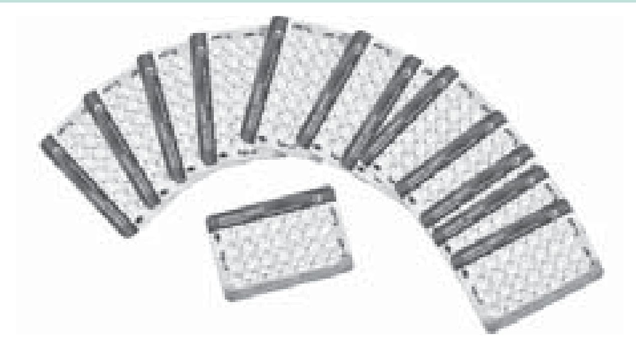
## Faire appel au jugement clinique dans des cas spéciaux

Généralement, une femme souffrant de l'une des condition  mentionnées ci-après ne devrait pas utiliser la PP. Par contre, dans des circonstances spéciales, quand d'autres méthodes plus adéquates ne sont pas disponibles ni acceptables pour elle, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état et la situation spécifique de la femme en question et décider si elle peut ou non utiliser la PP. Le prestataire doit envisager la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle aura accès à un suivi médical.

- Allaite et se trouve à moins de 6 semaines depuis l'accouchement
- A actuellement un caillot de sang dans les veines profondes, les jambes ou dans les poumons
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans mais qui n'a pas récidivé
- Souffre d'une grave maladie, infection ou tumeur au foie
- Prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, de la topiramate, ou de la rifampicine. Une méthode contraceptive d'appoint devrait également être utilisée, puisque ces médicaments réduisent l'efficacité de la PP.

## Pilule progestative pour les femmes vivant avec le VIH

- Les femmes qui sont infectées par le VIH, qui ont le sida ou qui suivent un traitement antirétroviral (ARV) peuvent utiliser sans risques la PP.
- Recommander vivement à ces femmes d'utiliser des préservatifs avec la PP. S'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d'autres IST. Les préservatifs confèrent également une protection contraceptive supplémentaire pour les femmes qui suivent un traitement à base d'ARV. On ne sait pas avec certitude si les médicaments ARV réduisent l'efficacité de la PP.
- Pour de plus amples informations sur les bonnes pratiques d'allaitement pour les femmes vivant avec le VIH, voir Santé maternelle et néonatale, Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH, p. 294.



# Fourniture de la pilule progestative

## Quand commencer

**IMPORTANT :** Une femme peut commencer à prendre la PP à n'importe quel moment si on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, utiliser la Liste de vérification de la grossesse (voir p. 372). De plus, on peut remettre la PP à une femme à n'importe quel moment et lui indiquer quand elle peut commencer à la prendre.

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet** | |
| Se trouve à moins de 6 mois après l'accouchement | • Si elle a accouché il y a moins de 6 semaines, lui donner la PP et lui indiquer de commencer à la prendre 6 semaines après l'accouchement.<br>• Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut commencer la PP à n'importe quel moment entre 6 semaines et 6 mois. Pas besoin d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer les PP tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir p. 33). |
| Se trouve à plus de 6 mois après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut commencer la PP à n'importe quel moment si elle est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pour les 2 premiers jours de la prise de la pilule. (Si l'on n'est pas raisonnablement certain, lui donner maintenant la PP et lui indiquer de commencer à la prendre au moment de ses prochaines règles).<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer la PP tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir p. 33). |
| **Allaitement partiel** | |
| Se trouve à moins de 6 semaines après l'accouchement | • Lui donner la PP et lui indiquer de commencer à les prendre 6 semaines après l'accouchement.<br>• Lui remettre également une méthode d'appoint qu'elle utilisera jusqu'à 6 semaines après l'accouchement, si les saignements menstruels reviennent avant ce moment-là. |

* *Les méthodes d'appoint sont, l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes de contraception les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Allaitement maternel partiel** (suite) | |
| Se trouve à plus de 6 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut commencer à prendre la PP à n'importe quel moment, si elle est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte.† Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de la prise de la pilule. (Si l'on n'est pas raisonnablement certain, lui remettre la PP maintenant et lui indiquer de commencer à la prendre au moment de ses prochaines règles.)<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer à prendre la PP, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page suivante). |
| **N'allaite pas** | |
| Se trouve à moins de 4 semaines après l'accouchement | • Elle peut commencer la PP à n'importe quel moment. Pas besoin d'une méthode d'appoint. |
| Se trouve à plus de 4 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut commencer la PP à n'importe quel moment, si elle est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte.† Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pour les 2 premiers jours de la prise de la pilule. (Si l'on n'est pas raisonnablement certain, lui donner la PP maintenant de lui indiquer de commencer à la prendre lors des prochaines règles).<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer la PP, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page suivante). |
| **Quand elle arrête une méthode hormonale** | • Immédiatement, si elle a utilisé la méthode hormonale, régulièrement et correctement ou si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pas la peine d'attendre les prochaines règles. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle utilisait auparavant les injectables, elle peut prendre la PP au moment où le rappel de l'injection aurait été donné. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint. |

† *Lorsqu'une visite à 6 semaines après l'accouchement est recommandée et qu'il n'existe que peu d'autres possibilités pour obtenir des contraceptifs, certains prestataires et certains programmes autoriseront une femme à commencer la PP à la visite de 6 semaines, sans autres preuves qu'elle n'est pas enceinte, si elle n'a pas encore eu son retour de couches.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A ses règles ou utilisait auparavant une méthode non hormonale** | **A n'importe quel moment du mois**<br>● Si elle commence durant les 5 jours après le début des règles, pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>● Si elle se trouve à plus de 5 jours après le début des règles, elle peut utiliser la PP à n'importe quel moment si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pour les 2 premiers jours de la prise de la pilule. (Si l'on ne peut pas être raisonnablement certain, lui remettre la PP maintenant et lui indiquer de commencer à la prendre au moment de ses prochaines règles).<br>● Si elle utilisait un DIU, elle peut commencer à prendre immédiatement la PP (voir DIU au cuivre, Passer du DIU à une autre méthode, p. 148). |
| **N'a pas ses règles** (non lié à l'accouchement ou à l'allaitement maternel) | ● Elle peut commencer la PP à n'importe quel moment si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de la prise de la pilule. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | ● Immédiatement. Si elle commence dans les 7 jours qui suivent une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>● Si elle se trouve à plus de 7 jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, elle peut commencer la PP à n'importe quel moment si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de la prise de la pilule. (Si l'on ne peut pas être raisonnablement certain, lui remettre la PP maintenant et lui indiquer de la prendre au moment de ses prochaines règles). |
| **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | ● Elle peut commencer la PP le lendemain après avoir terminé la prise de la pilule contraceptive d'urgence. Pas la peine d'attendre les prochaines règles pour commencer la pilule.<br>– Une nouvelle utilisatrice de la PP devrait commencer une nouvelle plaquette.<br>– Une utilisatrice continue qui a eu besoin de la pilule contraceptive d'urgence à cause d'erreurs au niveau de la prise de la pilule peut continuer là où elle s'est arrêtée dans sa plaquette.<br>– Toutes les femmes auront besoin d'utiliser une méthode d'appoint pendant les 2 premiers jours de la prise de la pilule. |

# Donner des conseils sur les effets secondaires

**IMPORTANT :** Des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires sont une partie importante de la fourniture de la méthode. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode.

| | |
|---|---|
| **Décrire les effets secondaires les plus courants** | • Normalement, les femmes qui allaitent n'ont pas leurs règles pendant plusieurs mois après l'accouchement. La PP rallonge cette période.<br>• Les femmes qui n'allaitent pas peuvent avoir des saignements fréquents ou irréguliers pendant les premiers mois, suivis par des saignements réguliers ou des saignements irréguliers continus.<br>• Maux de tête, étourdissements, seins endoloris et peut-être d'autres effets secondaires. |
| **Expliquer à propos de ces effets secondaires** | • Les effets secondaires ne sont pas un signe de maladie.<br>• Généralement, ils diminuent ou s'arrêtent lors des premiers mois de l'utilisation de la PP. Par contre, les changements dans les saignements persistent en général.<br>• Courants, bien que certaines femmes n'en aient pas. |
| **Explique que faire dans le cas d'effets secondaires** | • Continuer à prendre la PP. En sautant des pilules, on risque de tomber enceinte.<br>• Essayer de prendre la pilule avec des aliments ou au moment de se coucher pour aider à éviter la nausée.<br>• La cliente peut revenir pour obtenir de l'aide si les effets secondaires la préoccupent. |



# Expliquer le mode d'emploi

| | |
|---|---|
| **1. Donner la pilule** | • Donner autant de plaquettes que possible – jusqu'à un approvisionnement d'une année (11 ou 13 plaquettes). |
| **2. Expliquer la plaquette** | • Montrer le type de plaquettes – 28 pilules ou 35 pilules.<br>• Expliquer que toutes les pilules dans la plaquette ont la même couleur et qu'elles sont toutes des pilules actives, contenant une hormone qui empêche la grossesse.<br>• Montrer comment prendre la première pilule de la plaquette et ensuite comment suivre les directions ou les flèches sur la plaquette pour prendre le restant des pilules. |
| **3. Donner l'instruction-clé** | • **Prendre une pilule chaque jour –** jusqu'à ce que la plaquette soit vide.<br>• Discuter des manières de se rappeler de prendre la pilule chaque jour. Si on relie la prise de la pilule à une activité quotidienne, par exemple, se brosser les dents, cela aide à s'en rappeler.<br>• Prendre la pilule à la même heure chaque jour aide à se rappeler qu'il faut la prendre.  |
| **4. Expliquer comment commencer la prochaine plaquette** | • Lorsqu'elle termine une plaquette, elle devrait prendre la première pilule de la prochaine plaquette dè le lendemain.<br>• Il est très important de commencer la prochaine plaquette à temps. Si l'on commence à prendre la plaquette avec du retard, on risque une grossesse. |
| **5. Fournir une méthode d'appoint et expliquer l'utilisation** | • Parfois, elle aura besoin d'utiliser une méthode d'appoint, par exemple, lorsqu'elle saute des pilules.<br>• Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins ou féminins, le spermicide et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Lui remettre des préservatifs si possible. |
| **6. Expliquer que l'efficacité diminue lorsqu'elle arrête d'allaiter** | • Sans la protection supplémentaire de l'allaitement maternel en lui-même, la PP n'est pas aussi efficace que la plupart des autres méthodes hormonales.<br>• Lorsqu'elle arrête d'allaiter, elle peut continuer la PP si elle est satisfaite par la méthode, ou elle peut revenir pour obtenir une autre méthode. |

## Soutenir l'utilisatrice

### *Que faire si j'oublie la pilule*



Il est facile d'oublier une pilule ou de la prendre avec du retard. Les utilisatrices de la PP doivent savoir ce qu'il faut faire si elles oublient de prendre la pilule. **Si une femme a 3 heures de retard ou plus pour prendre une pilule, ou si elle oublie complètement de la prendre, elle doit suivre les instructions données ci-après**. Pour les femmes qui allaitent, le fait d'avoir oublié une pilule entraîne un risque de grossesse si elles ont déjà eu leur retour de couches.

### Que faire si l'on a oublié de prendre une pilule progestative ?

| | |
|---|---|
| **Message-clé** | • **Prendre la pilule oubliée aussi rapidement que possible.**<br>• Continuer à prendre la pilule comme d'habitude, une par jour. (Elle peut prendre 2 pilules au même moment ou le même jour). |
| **A-t-elle régulièrement ses saignements mensuels ?** | • Si oui, elle doit également utiliser une méthode d'appoint lors des 2 prochains jours.<br>• De plus, si elle a eu des rapports sexuels les 5 derniers jours, elle peut envisager de prendre la PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45). |
| **Graves vomissements ou diarrhées** | • Si elle vomit dans les 2 heures qui suivent la prise de la pilule, elle devrait prendre une autre pilule de la plaquette aussi rapidement que possible puis continuer à prendre la pilule comme d'habitude.<br>• Si ses vomissements ou sa diarrhée continuent, suivre les instructions ci-dessus montrant ce qu'il faut faire si l'on a oublié une pilule. |

### *"Revenez à n'importe quel moment" : raisons de revenir*

Indiquer à chaque cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense qu'elle pourrait être enceinte. De plus, elle peut revenir si :

- Elle a arrêté d'allaiter et souhaite passer à une autre méthode.
- Pour une femme qui a ses règles : si elle a pris une pilule avec plus de 3 heures de retard ou si elle a complètement oublié d'en prendre une et, si en plus, elle a eu des rapports pendant ce temps, elle peut envisager la PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45).

Conseil général de santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose ne va pas avec sa santé devrait venir immédiatement pour obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne réside pas dans la méthode contraceptive mais elle devrait quand même indiquer ce qu'elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

### *Fixer la prochaine visite*

1. Lui recommander de revenir pour obtenir d'autres plaquettes avant qu'elle ne termine les plaquettes qu'elle a en sa possession.
2. On recommande de contacter les femmes après les 3 premiers mois d'utilisation de la PP. C'est l'occasion de répondre aux questions, d'aider en cas de problème et de vérifier l'utilisation correcte.

# Aider les utilisatrices continues

1. Demander à la cliente si tout se passe bien avec la méthode et si elle est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de quelque chose.
2. Lui demander si elle est préoccupée par les changements dans les saignements. Lui donner des informations ou lui offrir l'aide dont elle a besoin (voir Prise en charge des problèmes, p. 38).
3. Lui demander si elle a souvent des problèmes à se rappeler de prendre une pilule chaque jour. Si c'est ainsi, discuter des manières dont elle peut s'en rappeler, de ce qu'il faut faire si elle oublie une pilule, de la PCU ou encore du choix d'une autre méthode.
4. Lui remettre d'autres plaquettes jusqu'à l'approvisionnement d'une année (11 ou 13 plaquettes), si c'est possible. Prévoir son prochain rendez-vous avant le moment où elle aura utilisé toutes ses pilules.
5. Demander à une cliente qui utilise la pilule depuis longtemps si elle a eu de nouveaux problèmes de santé depuis sa dernière visite. Traiter le problème, le cas échéant. Pour de nouveaux problèmes de santé qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode, voir p. 41.
6. Demander à une cliente qui utilise depuis longtemps la pilule si des changements importants sont survenus dans sa vie qui pourraient modifier ses besoins, notamment si elle a l'intention d'avoir des enfants ou si elle est exposée au risque de contracter des IST/VIH. Assurer le suivi nécessaire.



# Prise en charge des problèmes

## *Problèmes signalés comme effets secondaires ou problèmes au niveau de l'utilisation*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

- Les problèmes liés aux effets secondaires se répercutent sur la satisfaction des femmes et sur l'utilisation de la PP. Ils exigent l'attention du prestataire. Si la cliente indique des effets secondaires ou des problèmes, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils et traiter le cas échéant.
- L'encourager à prendre une pilule chaque jour, même si elle a des effets secondaires. Le fait de sauter des pilules pose le risque de grossesse.
- Un grand nombre d'effets secondaires disparaîtront après les premiers mois d'utilisation. Donner une formulation différente de la PP pendant 3 mois au moins à une femme dont les effets secondaires persistent.
- Proposer d'aider la cliente à choisir une autre méthode – à présent si elle le souhaite, ou si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

### Pas de saignements menstruels

- Femme qui allaite :
  - La rassurer et lui indiquer que c'est normal pendant l'allaitement maternel. Ce n'est rien de grave.
- Femme qui n'allaite pas :
  - La rassurer et lui dire que certaines femmes utilisant la PP n'ont plus leurs saignements menstruels et que cela n'est pas grave. Il n'est pas nécessaire d'avoir des saignements chaque mois. C'est comme pendant la grossesse, lorsqu'une femme n'a pas ses règles. Elle n'est pas stérile. Le sang ne s'accumule pas à l'intérieur. (Certaines femmes sont contentes de ne pas avoir leurs règles chaque mois).

### **Saignements irréguliers** (saignements à des moments inattendus qui préoccupent la cliente)

- La rassurer et lui dire qu'un grand nombre de femmes utilisant la PP ont des saignements irréguliers, qu'elles allaitent ou non. L'allaitement en lui-même peut également causer des saignements irréguliers. Ce n'est pas grave et parfois ces saignements diminuent ou s'arrêtent après les premiers mois d'utilisation. Certaines femmes ont des saignements irréguliers tout le temps qu'elles utilisent des PP.
- Autres causes possibles de saignements irréguliers :
  - Vomissements ou diarrhées
  - Prise de médicaments contre les convulsions ou de rifampicine (voir Démarrer le traitement avec des médicaments contre les convulsions ou la rifampicine, p. 41)
- Pour diminuer les saignements irréguliers :
  - Lui enseigner ce qu'elle doit faire si elle oublie des pilules, y compris après des vomissements ou de la diarrhée (voir Ce qu'il faut faire en cas de pilules oubliées, p. 36).

- – Pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprophène 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours ou un autre médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), dès que surviennent les saignements irréguliers. Les AINS soulagent les saignements irréguliers lors de l'utilisation d'implants, d'injectables à progestatifs seuls et des DIU et ils peuvent également aider les utilisatrices de la PP.
- – Si elle prend la pilule depuis plusieurs mois et si les AINS ne l'aident pas, lui donner une formulation différente de PP si disponible. Lui demander d'essayer la nouvelle pilule pendant 3 mois au moins.

- Si les saignements irréguliers continuent ou commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou sans saignements, ou si vous soupçonnez un autre problème pour d'autres raisons, envisager les affections sous-jacentes non liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 41.)

**Saignements abondants ou prolongés** (deux fois plus longs que d'habitude ou plus longs que 8 jours)

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes utilisant la PP ont des saignements abondants ou prolongés. Généralement, ce n'est pas grave et ces saignements diminuent ou s'arrêtent après quelques mois.
- Pour un soulagement rapide, elle peut essayer des AINS, dès que commencent les saignements abondants. Essayer les mêmes traitements que pour les saignements irréguliers (voir page précédente).
- Pour aider à prévenir l'anémie, lui recommander de prendre des cachets de fer et lui indiquer qu'il est important de manger des aliments contenant du fer, telles que la viande et la volaille (surtout du foie de bœuf et de poulet), du poisson, des légumes verts et des légumes secs (haricots, lentilles et petits pois).
- Si les saignements abondants ou prolongés continuent ou commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou de mois sans saignements, ou si vous soupçonnez un autre problème pour d'autres raisons, envisager les affections sous-jacentes non liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 41.)

**Pilules oubliées**

- Voir Ce qu'il faut faire en cas de pilules oubliées, p. 36.

**Maux de tête ordinaires** (qui ne sont pas des migraines)

- Proposer de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200–400 mg), du paracétamol (325–1000 mg), ou d'autres médicaments contre la douleur.
- Les maux de tête qui empirent ou surviennent plus souvent lors de l'utilisation de la PP doivent être évalués.

**Sautes d'humeur ou changements de la libido**

- Lui demander si des changements sont survenus dans sa vie qui pourraient influencer ses humeurs ou ses envies sexuelles, notamment des changements dans sa relation avec son partenaire.
- Certaines femmes traversent une dépression dans l'année qui suit la naissance de leur enfant. Ce n'est pas lié à la PP. Il faudra orienter vers les services compétents les clientes qui ont de graves dépressions.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

## Seins endoloris

- Femmes qui allaitent :
  - Voir Santé maternelle et néonatale, Seins endoloris, p. 295.
- Femmes qui n'allaitent pas :
  - Recommander qu'elles portent un soutien-gorge renforcé (surtout lors d'activités physiques et lorsqu'elles dorment).
  - Essayer des compresses chaudes ou froides.
  - Recommander de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200–400 mg), du paracétamol (325–1000 mg), ou autres médicaments contre la douleur.
  - Envisager les remèdes disponibles localement.

## Vives douleurs au bas-ventre (grossesse ectopique soupçonnée ou follicules ou kystes ovariens élargis)

- Les douleurs abdominales peuvent être causées par de nombreuses pathologies. Faire attention et détecter d'autres signes ou symptômes d'une grossesse ectopique, situation rare mais qui peut s'avérer fatale (voir Question 12, p. 44).
- Lors des premiers stades d'une grossesse ectopique, les symptômes peuvent être absents ou bénins, mais par la suite ils deviendront graves. Une combinaison des signes ou symptômes suivants doit vous alerter aux risques d'une grossesse ectopique :
  - Douleurs ou sensibilités abdominales inhabituelles
  - Saignements vaginaux anormaux ou pas de saignements mensuels du tout – surtout si cela diffère de ses modes de saignements habituels
  - Etourdissements ou "tête qui tourne"
  - Evanouissements
- Si l'on soupçonne une grossesse ectopique ou une autre affection grave, l'orienter de suite pour un diagnostic et des soins immédiats. (Voir Stérilisation féminine, Prise en charge de la grossesse ectopique, p. 179, pour de plus amples informations sur les grossesses ectopiques).
- La douleur abdominale pourrait être causée par d'autres problèmes, tels que des follicules ou kystes ovariens élargis.
  - Une femme peut continuer à utiliser la PP pendant le bilan et le traitement.
  - Pas besoin de traiter des follicules ou kystes ovariens, à moins qu'ils ne deviennent anormalement grands, se tordent ou éclatent. Rassurer la cliente et lui indiquer qu'ils disparaissent généralement d'eux-mêmes. Pour être sûr que le problème est résolu, demander à la cliente de revenir dans 6 semaines, si possible.

## Nausées ou étourdissements

- Pour les nausées, proposer de prendre la PP au moment d'aller dormir ou avec des aliments.
- Si les symptômes continuent, envisager des remèdes disponibles localement.

## *Nouveaux problèmes qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

**Saignements vaginaux inexpliqués** (qui suggèrent une condition médicale qui n'est pas liée à la méthode)

- Orienter vers les services compétents ou évaluer en fonction des antécédents et de l'examen pelvien. Diagnostiquer et traiter, tel qu'indiqué.
- Elle peut continuer à utiliser la PP pendant que son état est évalué.
- Si les saignements sont causés par une infection sexuellement transmissible ou une inflammation pelvienne, elle peut continuer à utiliser la PP.

**Démarrer un traitement avec des médicaments contre les convulsions ou de la rifampicine**

- Les barbituriques, la carbamazépine, l'oxcarbazépine, la phénytoïne, la primidone, la topiramate et la rifampicine peuvent rendre les PP moins efficaces. Si elle utilise depuis longtemps ces médicaments, il serait probablement bon qu'elle utilise une méthode différente, tels que les injectables mensuels, les injectables à progestatifs seuls ou un DIU hormonal ou au cuivre.
- Si elle n'utilise ces médicaments que pendant un bref temps, elle peut utiliser une méthode d'appoint avec la PP.

**Migraine** (voir Migraine et Lumières vives, p. 368)

- Si elle a des migraines sans lumières vives, elle peut continuer à utiliser la PP si elle le souhaite.
- Si elle a des migraines avec lumières vives, arrêter la PP. L'aider à choisir une méthode sans hormone.

**Certaines affections graves** (caillots de sang soupçonnés dans les veines profondes des jambes ou des poumons, maladie du foie ou cancer du sein). Voir Signes et symptômes des conditions médicales graves, p. 320)

- Lui dire d'arrêter de prendre la PP.
- Lui donner une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que son état soit évalué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins si elle n'est pas déjà traitée.

**Cardiopathie imputable à un blocage ou rétrécissement d'artères ou attaque cérébrale**

- Une femme souffrant de ces problèmes peut démarrer sans risque la PP. Par contre, si ces problèmes apparaissent après qu'elle ait commencé à utiliser la PP, elle devrait l'arrêter. L'aider à choisir une méthode sans hormones.
- L'orienter vers les services compétents de diagnostic et de soins si elle n'est pas déjà traitée.

**Grossesse soupçonnée**

- Faire un test de grossesse, y compris pour une grossesse ectopique.
- Lui dire d'arrêter de prendre la PP si la grossesse est confirmée.
- On ne connaît aucun risque pour le fœtus conçu, si une femme prend la PP (voir Question 3, p. 42).

# Questions et réponses à propos de la pilule progestative



1. **Est-ce qu'une femme qui allaite peut utiliser sans risque la PP ?**

   Oui. C'est un bon choix pour une mère qui donne le sein et veut utiliser la pilule. La pilule progestative ne présente aucun danger pour la mère et l'enfant. Elle peut commencer dès 6 semaines après l'accouchement. Elle n'affecte pas la production de lait.

2. **Que devrait faire une femme quand elle arrête d'allaiter son bébé ? Est-ce qu'elle peut continuer à prendre la PP ?**

   Une femme qui est satisfaite par la PP peut continuer à l'utiliser après avoir arrêté d'allaiter. Par contre, elle est moins protégée contre la grossesse que lorsqu'elle allaitait. Elle peut utiliser une autre méthode si elle le souhaite.

3. **Est-ce que la PP peut causer des malformations congénitales ? Y a-t-il des risques pour le fœtus si une femme prend accidentellement la PP alors qu'elle est enceinte ?**

   Non. De solides données viennent prouver que la PP ne causera pas de malformations congénitales et ne nuira pas au fœtus, si une femme tombe enceinte alors qu'elle prend la PP, ou si elle prend accidentellement la PP alors qu'elle est déjà enceinte.

4. **Combien de temps faut-il pour tomber enceinte après avoir arrêté la PP ?**

   Les femmes qui arrêtent d'utiliser la PP peuvent tomber enceintes aussi rapidement que les femmes qui arrêtent les méthodes non hormonales. La PP ne retarde pas le retour de la fécondité d'une femme, après qu'elle arrête de la prendre. Le mode de saignements qu'avait une femme avant d'utiliser la PP revient généralement une fois qu'elle arrête de la prendre. Certaines femmes devront attendre quelques mois avant que ne reviennent leurs modes de saignements habituels.

**5. Si une femme n'a pas ses règles tandis qu'elle prend la PP, est-ce que cela veut dire qu'elle est enceinte ?**

Probablement pas, notamment si elle donne le sein. Si elle a pris la pilule chaque jour, elle n'est probablement pas enceinte et peut continuer à prendre la pilule. Si elle continue à craindre d'être enceinte, après qu'on l'ait rassurée, on peut lui offrir un test de grossesse s'il est possible de l'effectuer sur place ou de l'envoyer dans un autre établissement pour en obtenir un. Si l'absence de règles continue de l'inquiéter, elle pourra choisir une autre méthode mais pas un injectable à progestatifs seuls.

**6. Est-ce que la PP doit être prise chaque jour ?**

Oui. Toutes les pilules de la plaquette contiennent l'hormone qui empêche une grossesse. Si la femme ne prend pas une pilule à chaque jour – surtout une femme qui n'allaite pas – elle peut tomber enceinte. (Par contre les 7 dernières pilules d'une plaquette de 28 pilules de contraceptifs oraux combinés ne sont pas actives. Elles ne contiennent pas d'hormones.)

**7. Est-il important qu'une femme prenne sa pilule à la même heure chaque jour ?**

Oui. Pour 2 raisons. La PP contient très peu d'hormone et le fait de la prendre avec plus de 3 heures de retard peu diminuer son efficacité pour les femmes qui n'allaitent pas. (Les femmes qui allaitent profitent de la protection supplémentaire contre la grossesse que confère l'allaitement maternel, et par conséquent, elles courent moins de risques si elles prennent la pilule avec du retard). De plus, la prise de la pilule à la même heure chaque jour aide les femmes à se rappeler qu'elles doivent prendre la pilule. Relier la prise de la pilule à une activité quotidienne aide également les femmes à se rappeler qu'elles doivent la prendre.

**8. Est-ce que la PP est cause de cancer ?**

Non. Il n'existe que peu de grandes études qui ont été faites sur la PP et le cancer mais les études plus petites sont rassurantes à ce propos. De grandes études faites sur les implants n'ont montré aucun risque accru de cancer. Les implants contiennent des hormones analogues à celles utilisées pour la PP à un dosage double pendant les premières années de l'utilisation de l'implant.

**9. Est-ce que la PP peut être utilisée comme pilule contraceptive d'urgence (PCU) après des rapports sexuels non protégés ?**

Oui. Dès que possible, mais dans un maximum de 5 jours après les rapports non protégés, une femme peut prendre la PP comme PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, formulation et posologie de la pilule, p. 56). Suivant le type de PP, il faudra qu'elle prenne entre 40 et 50 pilules. Cela fait beaucoup de pilules mais ne présente aucun risque car il n'y a que très peu d'hormones dans chaque pilule.

**10. Est-ce que la PP cause des sautes d'humeur ou change la libido ?**

Généralement pas. Certaines femmes qui utilisent la PP signalent ce type de problème. Par contre, la vaste majorité des utilisatrices de la PP n'indiquent aucun changement et, certaines signalent même une meilleure humeur ou envie sexuelle. Il est difficile d'attribuer ces changements à la PP, car ils pourraient être dus à d'autres raisons. Les prestataires peuvent aider une cliente qui connaît ces problèmes (voir Sautes d'humeur ou changements de la libido, p. 39). Aucune donnée ne vient prouver que la PP affecte le comportement sexuel d'une femme.

**11. Que faudrait-il faire si l'utilisatrice de la PP a un kyste ovarien ?**

La grande majorité des kystes sont en réalité des structures de l'ovaire remplies de liquide (follicules) qui continuent de pousser au-delà de leur dimension ordinaire durant le cycle menstruel normal. Ils peuvent causer certaines douleurs au ventre mais n'exigent que rarement un traitement, seulement s'ils deviennent anormalement gros, lorsqu'ils éclatent ou se tordent. Ces follicules disparaissent généralement sans traitement (voir Vives douleurs au bas-ventre, p. 40).

**12. Est-ce que la PP augmente le risque de grossesse ectopique ?**

Non. Au contraire, la PP diminue le risque de grossesse ectopique. Les grossesses ectopiques sont rares chez les utilisatrices de la PP. Le taux de grossesse ectopique chez les femmes qui utilisent la PP est de 48 pour 10 000 femmes par an. Le taux de grossesse ectopique chez les femmes aux Etats-Unis qui n'utilisent aucune méthode contraceptive est de 65 pour 10 000 femmes par an.

Dans les rares cas d'échec de la PP, et si une grossesse survient, 5 à 10 sur 100 de ces grossesses seront des grossesses ectopiques. Ainsi, la vaste majorité des grossesses après échec de la PP ne sont pas ectopiques. Il n'en reste pas moins que la grossesse ectopique est très grave et peut mettre la vie en danger et, par conséquent, un prestataire doit être conscient du risque d'une grossesse ectopique en cas d'échec de la PP.

# Pilule contraceptive d'urgence



## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **La pilule contraceptive d'urgence aide à prévenir la grossesse si elle est prise dans les 5 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés.** Plus vite elle est prise, plus elle est efficace.
- **Ne nuit pas à une grossesse existante.**
- **Sans risques pour toutes les femmes –** même les femmes qui ne peuvent pas utiliser des méthodes contraceptives hormonales continues.
- **Est l'occasion pour les femmes de commencer à utiliser une méthode continue de planification familiale.**
- **Il existe de nombreuses options qui peuvent être utilisées comme pilule contraceptive d'urgence.** Certains produits spéciaux, la pilule progestative et les contraceptifs oraux combinés, agissent tous comme contraceptifs d'urgence.

## Qu'est-ce que la pilule contraceptive d'urgence ?

- C'est une pilule qui contient uniquement un progestatif, ou alors un progestatif et un œstrogène ensemble – hormones analogues aux hormones naturelles que contient le corps d'une femme : la progestérone et l'œstrogène.
- La pilule contraceptive d'urgence (PCU) est parfois appelée la "pilule du lendemain" ou contraceptif après le coït.
- Agit essentiellement en prévenant ou en retardant l'ovulation (libération d'ovocytes des ovaires). Elle ne fonctionne pas si une femme est déjà enceinte (voir Question 1, p. 54).

## Quelles sont les pilules qui peuvent être utilisées comme pilules contraceptives d'urgence ?

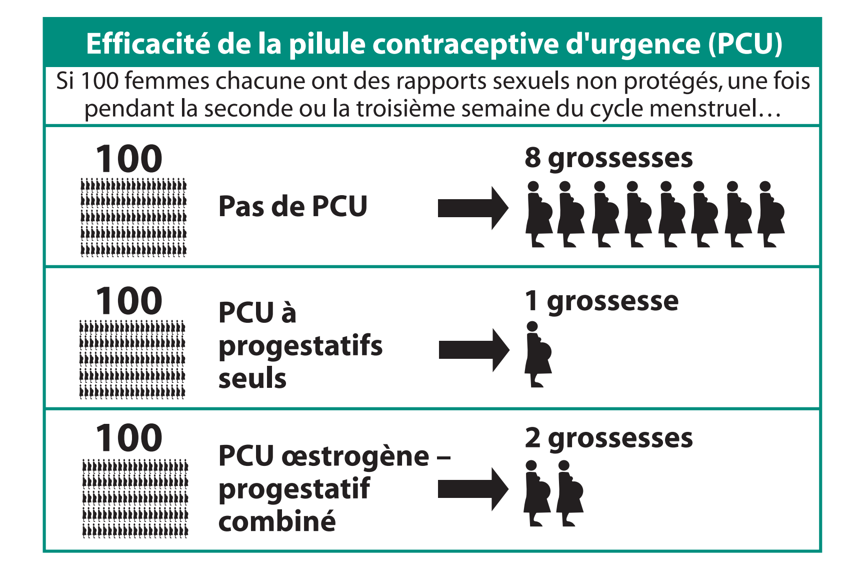
- Un produit PCU spécial avec du lévonorgestrel progestatif
- Un produit PCU spécial avec un œstrogène et du lévonorgestrel
- Des pilules progestatives avec du lévonorgestrel ou du norgestrel
- Des contraceptifs oraux combinés avec un œstrogène et un progestatif – lévonorgestrel, norgestrel ou noréthindrone (également appelés noréthistérone)

## Quand les prendre ?

- *Aussi rapidement que possible après des rapports sexuels non protégés.* Plus la PCU est prise rapidement après des rapports non protégés, mieux elle arrive à prévenir la grossesse.
- Peut prévenir la grossesse si elle est prise dans les 5 jours maximum après des rapports sexuels non protégés.

## Quelle est son efficacité ?

- Si 100 femmes ont des rapports sexuels pendant la seconde ou la troisième semaine du cycle menstruel sans utiliser de contraception, 8 sont susceptibles de tomber enceintes.
- Si toutes les 100 femmes utilisent la PCU à progestatifs seuls, une d'elles va probablement tomber enceinte.
- Si toutes les 100 femmes ont utilisé la PCU avec œstrogène et progestatif, 2 tomberont probablement enceintes.



*Retour de la fécondité après la PCU* : Pas de retard. Une femme peut tomber enceinte immédiatement après la prise de la PCU. La prise de la PCU ne prévient la grossesse que si elle est prise dans les 5 jours qui suivent les rapports sexuels. Elle ne protège pas une femme contre la grossesse si les rapports sexuels surviennent après la prise de la PCU, pas même le lendemain. Pour rester protégées contre la grossesse, les femmes doivent commencer à utiliser une autre méthode contraceptive de suite (voir Planification d'une contraception continue, p. 51).

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST)* : Aucune



## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

### *Effets secondaires* (voir Prise en charge des problèmes, p. 53)

Certaines utilisatrices signalent les problèmes suivants :

- Changement dans les saignements menstruels, y compris :
  - Légers saignements irréguliers pendant 1 – 2 jour après la prise de la PCU
  - Règles qui surviennent plus tôt ou plus tard que prévues

Dans la semaine après la prise de la PCU :

- Nausées‡
- Douleurs abdominales
- Fatigue
- Maux de tête
- Seins endoloris
- Etourdissements
- Vomissements‡

### *Avantages connus pour la santé*

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse

### *Risques connus pour la santé*

Aucun

‡ *Des femmes utilisant des PCU à progestatifs seuls sont nettement moins susceptibles d'avoir des nausées et des vomissements que les femmes qui utilisent les formulations de PCU avec œstrogène et progestatif.*

### *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et réponses, p. 54)

La pilule contraceptive d'urgence :

- Ne provoque pas un avortement.
- N'est pas cause de malformations congénitales en cas de grossesse.
- N'est pas dangereuse pour la santé d'une femme.
- Ne pousse pas à un comportement sexuel risqué.
- Ne rend pas la femme stérile.

**Pourquoi certaines femmes disent qu'elles apprécient la pilule contraceptive d'urgence**

- Est une seconde chance de prévenir une grossesse
- Est sous le contrôle de la femme
- Evite d'avoir recours à l'avortement dans le cas d'erreurs contraceptives ou si la contraception n'a pas été utilisée
- Peut l'avoir à portée de la main en cas d'urgenc

# Qui peut utiliser la contraceptive d'urgence ?

## Sans risque et qui convient à toutes les femmes

Point besoin de faire de tests et d'examens pour utiliser la PCU. La pilule peut convenir pour d'autres raisons – surtout si les rapports sexuels ont été forcés (voir Violence à l'égard des femmes, Prestation de soins adéquats, p. 302).

**Critères de recevabilité médicale pour**

## La pilule contraceptive d'urgence

*Toutes les femmes peuvent utiliser la PCU sans risque et efficacement, y compris celles qui ne peuvent pas utiliser de méthodes contraceptives hormonales continues.* Vu la nature ponctuelle de son utilisation, il n'existe pas d'affection médicale qui rendrait la prise de la PCU dangereuse pour une femme.

# Fourniture de la pilule contraceptive d'urgence

La PCU s'avère nécessaire dans de nombreuses situations différentes. Il faudrait donc donner des PCU à l'avance, à toutes les femmes qui le souhaitent. Une femme pourra les garder au cas où elle en aurait besoin. Les femmes sont plus susceptibles d'utiliser la PCU si elles les ont déjà à portée de main et ainsi, elles pourront les prendre aussi rapidement que possible après des rapports sexuels non protégés.

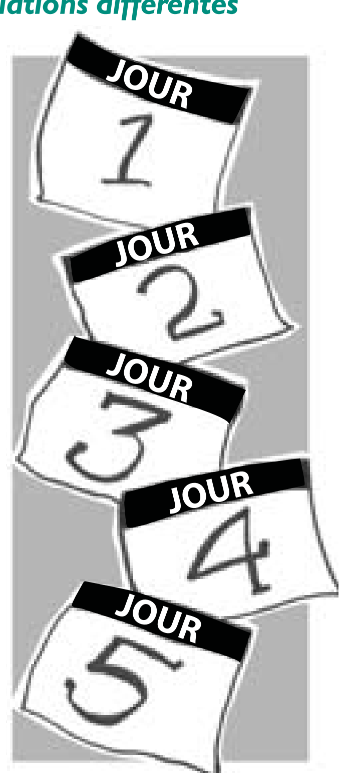
## Quand faut-il l'utiliser ?

- A n'importe quel moment dans les 5 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés. Plus la PCU est prise rapidement après des rapports non protégés, plus elle sera efficace.

### *La PCU convient dans de nombreuses situations différentes*

La PCU peut être utilisée à n'importe quel moment si une femme craint d'être enceinte par exemple, après :

- Des rapports sexuels forcés (viol)
- Tous rapports sexuels non protégés
- Des erreurs contraceptives, par exemple :
  - Préservatifs utilisés incorrectement, qui se déchirent ou qui glissent
  - Couple qui a utilisé incorrectement une méthode de connaissance de la fécondité (par exemple : qui ne s'est pas abstenu ou qui n'a pas utilisé une autre méthode pendant les jours féconds)
  - L'homme qui ne s'est pas retiré avant son éjaculation tel que planifié
  - La femme qui a oublié 3 contraceptifs oraux combinés ou qui a commencé une nouvelle plaquette avec 3 jours de retard ou plus
  - Un DIU qui s'est délogé
  - Une femme qui a plus de 2 semaines de retard pour son injection à progestatifs seuls ou qui a plus de 7 jours de retard pour son injection mensuelle répétée



### *Posologie*

Pour les produits spécifiques et le nombre de pilules à fournir, voir Formulation et posologie, p. 56.

| Type de pilule | Posologie totale |
|---|---|
| **Produit spécial avec uniquement du Lévonorgestrel** | • 1,5 mg de lévonorgestrel en une seule dose. § |
| **Produit spécial œstrogène – progestatif** | • 0,1 mg d'éthinylestradiol + 0,5 mg de lévonorgestrel suivi par la même dose 12 heures plus tard. |
| **Pilule à progestatifs seuls avec du lévonorgestrel ou du norgestrel** | • Pilule de lévonorgestrel : 1,5 mg de lévonorgestrel en une seule dose.<br>• Pilule de norgestrel : 3 mg de norgestrel en une seule dose. |
| **Contraceptifs oraux combinés (œstrogène – progestatif) contenant du lévonorgestrel, du norgestrel ou de la noréthindrone** | • Pilule d'œstrogène et de lévonorgestrel : 0,1 mg d'éthinylestradiol + 0,5 mg de lévonorgestrel. Suivre avec la même dose 12 heures plus tard.<br>• Pilule d'œstrogène et de norgestrel : 0,1 mg d'éthinylestradiol + 1 mg de norgestrel. Suivre avec la même dose 12 heures plus tard.<br>• Pilule d'œstrogène et de noréthindrone : 0,1 mg d'éthinylestradiol + 2 mg de noréthindrone. Suivre avec la même dose 12 heures plus tard. |

## Fourniture des pilules contraceptives d'urgence

| | |
|---|---|
| **1. Donner les pilules** | • Elle peut les prendre tout de suite.<br>• Si elle utilise un protocole en 2 doses, lui dire de prendre la prochaine dose dans 12 heures. |
| **2. Décrire les effets secondaires les plus courants** | • Nausées, douleurs abdominales, d'autres effets possibles.<br>• Légers saignements ou changement dans les dates des règles.<br>• Les effets secondaires ne sont pas des signes de maladie. |

§ *Ou alors, les clientes peuvent recevoir 0,75 mg de lévonorgestrel en une fois, suivi de la même dose 12 heures plus tard. Il est plus facile pour la cliente de prendre une dose, et cela fonctionne aussi bien que les 2 doses.*

| | |
|---|---|
| **3. Expliquer ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires** | • Nausées :<br>– L'emploi de médicaments contre les nausées n'est pas recommandé.<br>– Les femmes qui ont eu des nausées lors d'un emploi précédent de la PCU ou avec la première dose d'un protocole en 2 doses, peuvent prendre des médicaments contre les nausées, tels que 50 mg de méclizine (Agyrax, Antivert, Bonine, Postafène) une demie heure à une heure avant de prendre la PCU.<br>• Vomissements :<br>– Si une femme vomit dans les 2 heures qui suivent la prise de la PCU, elle devrait prendre une autre dose. (Elle peut utiliser des médicaments contre les nausées avec cette dose répétée, tel qu'indiqué ci-dessus). Si les vomissements continuent, elle peut prendre la dose répétée en mettant les pilules tout au fond de son vagin. Si les vomissements surviennent plus de 2 heures après la prise de la PCU, elle n'a pas besoin de prendre de pilule en plus. |
| **4. Donner plus de PCU et l'aider à démarrer une méthode continue** | • Si possible, lui donner plus de PCU qu'elle pourra emporter chez elle, au cas où elle en aurait besoin à l'avenir.<br>• Voir Planification de la contraception continue, ci-après. |

### *"Revenez à n'importe quel moment" : raisons de revenir*

Pas de visite de retour n'est nécessaire. Indiquer pourtant à la cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, également si :

- Elle pense qu'elle pourrait être enceinte, surtout si elle n'a pas eu ses règles ou si les prochaines règles ont plus d'une semaine de retard.

## Planifier la contraception continue

1. Expliquer que les PCU ne la protègeront pas contre une grossesse lors des prochains rapports – même si c'est le lendemain. Discuter de la nécessité de choisir une prévention continue contre la grossesse et, si elle est exposée au risque, de se protéger contre les IST y compris le VIH (voir Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, p. 275).
2. Si, pour le moment, elle ne veut pas commencer une méthode contraceptive, lui remettre des préservatifs ou des contraceptifs oraux et lui indiquer de les utiliser si elle change d'avis. Lui donner les instructions nécessaires concernant le mode d'emploi. L'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle souhaite une autre méthode ou si elle a des questions ou des problèmes.
3. Si c'est possible, lui remettre plus de PCU dans le cas où elle aurait des rapports sexuels non protégés.

## Quand commencer la contraception après l'utilisation de la PCU

| Méthode | Quand commencer |
|---|---|
| **Contraceptifs oraux combinés, pilules progestatives, patch combiné, anneau vaginal combiné** | Peut commencer le lendemain après avoir pris la PCU. *Pas besoin d'attendre ses prochaines règles.*<br>● Contraceptifs oraux et anneau vaginal :<br>– Les nouvelles utilisatrices devraient commencer une nouvelle plaquette ou un nouvel anneau.<br>– Une utilisatrice continue qui a besoin de la PCU suite à une erreur, peut recommencer l'utilisation comme auparavant.<br>● Patch :<br>– Toutes les utilisatrices devraient commencer un nouveau patch.<br>● Toutes les femmes doivent utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours de l'emploi de leur méthode. |
| **Progestatifs Injectables** | ● Elle peut commencer les progestatifs injectables le même jour que la PCU, où si elle préfère, dans les 7 jours après le début de ses saignements menstruels. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pour les 7 premiers jours après l'injection. Elle devrait revenir si elle a des signes ou symptômes de grossesse autres que l'absence des règles (voir p. 371 pour les Signes et symptômes courants de grossesse). |
| **Injectables mensuels** | ● Elle peut commencer les injectables mensuels le même jour que la PCU. Elle n'a pas besoin d'attendre ses prochaines règles pour avoir l'injection. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection. |
| **Implants** | ● Après que ses règles ont recommencé. Lui donner une méthode d'appoint ou des contraceptifs oraux qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce moment-là, en commençant le jour après qu'elle a terminé de prendre la PCU. |

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

| Método | Cuándo comenzar |
|---|---|
| **Dispositif intra-utérin** (DIU au cuivre ou DIU hormonal) | • Un DIU au cuivre peut être utilisé pour la contraception d'urgence. C'est un bon choix pour une femme qui souhaite utiliser un DIU comme méthode à long terme (voir DIU au cuivre, p. 131).<br>• Si elle décide d'utiliser un DIU après avoir pris la PCU, le DIU peut être inséré le même jour qu'elle prend la PCU. Pas besoin d'utiliser une méthode d'appoint. |
| **Préservatifs masculins et féminins, spermicides, diaphragmes, capes cervicales, retrait** | • Immédiatement. |
| **Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité** | • Méthode des Jours Fixes : lorsque commencent ses prochains saignements menstruels.<br>• Méthodes basées sur les symptômes : lorsque les sécrétions normales sont revenues.<br>• Lui remettre une méthode d'appoint ou des contraceptifs oraux qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'elle puisse commencer la méthode de son choix. |



# Aider les utilisatrices

## Prise en charge des problèmes

### *Problèmes signalés comme effets secondaires ou échec de la méthode*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

**Légers saignements irréguliers**

- Les saignements irréguliers dus à la PCU cesseront sans traitement.
- Rassurer la femme et lui indiquer que ce n'est pas un signe de maladie ou de grossesse.

**Changement dans les dates de ses prochaines règles ou grossesse soupçonnée**

- Les saignements menstruels peuvent commencer plus tôt ou plus tard que prévu. Ce n'est pas un signe de maladie ou de grossesse.
- Si ses prochaines règles commencent avec plus d'une semaine de retard sur les dates prévues après la prise de la PCU, évaluer pour déterminer si elle est enceinte. On ne connaît pas de risque pour un fœtus conçu si la PCU ne prévient pas la grossesse (voir Question 2, p. 54).



# Questions et réponses à propos de la pilule contraceptive d'urgence

**1. Est-ce que la PCU interrompt une grossesse existante ?**

Non. La PCU ne fonctionne pas si une femme est déjà enceinte. Si elle est prise avant l'ovulation, la PCU empêche la libération d'un ovocyte de l'ovaire ou retarde cette libération de 5 à 7 jours. A ce stade, les spermatozoïdes dans le tractus génital d'une femme seront morts, puisqu'ils ne peuvent y survivre que pendant 5 jours.

**2. Est-ce que la PCU peut causer des anomalies congénitales ? Est-ce que le fœtus court un danger si une femme prend accidentellement la PCU pendant qu'elle est enceinte ?**

Non. Il existe de solides données prouvant que la PCU n'est pas cause d'anomalies congénitales et qu'elle ne peut pas non plus nuire au fœtus, si une femme est déjà enceinte lorsqu'elle prend la PCU ou lorsque la PCU n'arrive pas à prévenir la grossesse.

**3. Pendant combien de temps la PCU protège-t-elle une femme contre la grossesse ?**

Les femmes qui prennent la PCU devraient savoir qu'elles peuvent tomber enceintes la prochaine fois qu'elles ont des rapports sexuels, à moins qu'elles commencent à utiliser tout de suite une autre méthode de contraception. La PCU retarde l'ovulation chez certaines femmes et celles-ci *pourraient donc être au pic de leur fécondité tout de suite après la prise de la PCU*. Si elles souhaitent une protection durable contre la grossesse, elles doivent commencer à utiliser immédiatement une autre méthode contraceptive.

**4. Quels sont les contraceptifs oraux qui peuvent être utilisés comme PCU ?**

Un grand nombre de contraceptifs oraux combinés (œstrogène – progestatif) et de pilules à progestatifs seuls peuvent être utilisés comme PCU. Toutes les pilules comprenant les hormones utilisées pour la contraception d'urgence – lévonorgestrel, norgestrel, noréthindrone, et ces progestatifs de pair avec des oestrogènes (éthinylestradiol) peuvent être utilisées. (Voir Formulation et posologie de la pilule, p. 56, pour des exemples du type de pilules qui peuvent être utilisées).

**5. Peut-on utiliser sans danger 40 ou 50 pilules progestatives comme PCU ?**

Oui. Les pilules progestatives comprennent de très petites quantités d'hormones. Il est donc nécessaire de prendre un grand nombre de pilules pour arriver à la dose totale nécessaire de PCU. En revanche, la posologie de la PCU avec des contraceptifs oraux combinés (œstrogène/progestatif) n'est généralement que de 2 à 5 pilules pour chacune des 2 doses à 12 heures d'intervalle. Les femmes ne devraient pas prendre 40 ou 50 contraceptifs oraux combinés (œstrogène/progestatif) comme PCU.

**6. Est-ce que la PCU peut être prise sans danger par des femmes qui sont infectées par le VIH ou qui ont le sida ? Est-ce que les femmes suivant un traitement antirétroviral peuvent utiliser sans danger la PCU ?**

Oui. Les femmes infectées par le VIH ou qui ont le sida, et celles qui suivent un traitement antirétroviral peuvent utiliser sans danger la PCU.

**7. Est-ce que la PCU peut être prise sans danger par des adolescentes ?**

Oui. Une étude de l'utilisation de la PCU chez les filles de 13 à 16 ans constate que cette méthode ne présente aucun risque. De plus, toutes les participantes de l'étude ont su utiliser correctement la PCU.

**8. Est-ce qu'une femme qui ne peut pas utiliser de contraceptifs oraux combinés (œstrogène – progestatif) ou des pilules progestatives comme méthode continue peut quand même utiliser sans danger la PCU ?**

Oui. C'est dû au fait que le traitement avec la PCU est très bref.

**9. Si la PCU n'a pas réussi à prévenir la grossesse, est-ce qu'une femme court un risque accru que cette grossesse soit une grossesse ectopique ?**

Non. A ce jour, rien ne nous montre que la PCU augmente le risque d'une grossesse ectopique. Des études faites dans le monde entier sur la PCU à progestatifs seuls, y compris un examen de l'Administration des Etats-Unis pour l'alimentation et les médicaments (FDA) ne constatent pas de taux plus élevé de grossesse ectopique après l'échec de la PCU que le taux parmi les grossesses en général.

**10. Pourquoi remettre aux femmes la PCU avant qu'elles n'en aient besoin ? Est-ce que cela ne les décourage pas d'une certaine manière à utiliser les contraceptifs ?**

Non. Les études faites auprès de femmes qui ont reçu des PCU à l'avance signalent les résultats suivants :

- Les femmes qui ont la PCU à portée de la main l'ont prise plus rapidement après des rapports non protégés que les femmes qui ont dû aller chercher la PCU. Prise plus tôt, la PCU a plus de chance d'être efficace.
- Les femmes qui avaient reçu la PCU à l'avance étaient plus susceptibles de l'utiliser que les femmes qui ont dû se rendre chez un prestataire de soins pour obtenir la PCU.
- Les femmes ont continué à utiliser d'autres méthodes contraceptives comme elles le faisaient avant d'avoir obtenu la PCU à l'avance.

**11. Est-ce que les femmes devraient utiliser la PCU comme méthode régulière de contraception ?**

Non. Pratiquement toutes les autres méthodes contraceptives sont plus efficaces pour éviter une grossesse. Une femme qui utilise une PCU régulièrement comme moyen de contraception risque davantage une grossesse non souhaitée qu'une femme qui utilise régulièrement un autre contraceptif. De plus, les femmes utilisant d'autres méthodes de contraception devraient être au courant de la PCU et savoir où l'obtenir si nécessaire, par exemple : si un préservatif se déchire ou si une femme a oublié 3 contraceptifs oraux combinés ou plus.

# Formulation et posologie de la pilule

| Type d'hormone et de pilule | Formulation | Marques courantes | Nombre de pilules à avaler d'abord | Nombre de pilules à avaler 12 heures plus tard |
|---|---|---|---|---|
| A progestatif seuls | | | | |
| **PCU avec uniquement des progestatifs** | 1,5 mg de lévonorgestrel | Escapel, Escapelle, Emkit Plus, Postinor 1, Postinor 2 Unidosis, Pozato Uni | 1 | 0 |
| | 0,75 mg de lévonorgestrel | An Ting, Diad, E Pills, EC, ECee2, ECP, Emkit, Estinor, Evitarem, Glanique, Hui Ting, Imediat-N, Lenor 72, Madonna, Minipil 2, NorLevo, Pilem, Pill 72, Plan B, Poslov, Post-Day, Postinor, Postinor-2, Postinor Duo, Pozato PPMS, Pregnon, Pronta, Tace, Vermagest, Vika, Yu-Ting | 2 | 0 |
| **Pilule à progestatifs seuls** | 0,03 mg de lévonorgestrel | Microlut, Microlut 35, Microval, Mikro-30, Norgeston, Nortrel | 50** | 0 |
| | 0,0375 mg de levonorgestrel | Neogest, Norgeal | 40** | 0 |
| | 0,075 mg de norgestrel | Minicon, Ovrette | 40** | 0 |
| Ostrogène et progestatif | | | | |
| **PCU avec œstrogène et progestatif** | 0,05 mg d'éthinylestradiol<br>0,25 mg de lévonorgestrel | Fertilan, Preven, Tetragynon | 2 | 2 |

** *Un grand nombre de pilules, mais sans risque. Voir Question , p. 54.*

| Type d'hormone et de pilule | Formulation | Marques courantes | Nombre de pilules à avaler d'abord | Nombre de pilules à avaler 12 heures plus tard |
|---|---|---|---|---|
| **Contraceptifs oraux combinés** (œstrogène – progestatif) | 0.02 mg d'éthinylestradiol 0,1 mg de lévonorgestrel | Anulette 20, April, Femexin, Loette, Loette-28, Loette Suave, Microgynon Suave, Miranova, Norvetal 20 | 5 | 5 |
| | 0,03 mg d'éthinylestradiol 0,15 mg de lévonorgestrel | Anna, Anovulatorios Microdosis, Anulette, Anulette CD, Anulit, Ciclo 21, Ciclon, Combination 3, Confiance, Contraceptive L.D., Eugynon 30ED, Famila-28, Gestrelan, Innova CD, Lady, Levonorgestrel Pill, Lo-Gentrol, Lorsax, Mala-D, Microfemin, Microfemin CD, Microgest, Microgest ED, Microgynon, Microgynon-28, Microgynon-30, Microgynon 30 ED, Microgynon CD, Microgynon ED, Microgynon ED 28, Microsoft CD, Microvlar, Minidril, Minigynon, Minigynon 30, Minivlar, Mithuri, Nociclin, Nordet, Nordette, Nordette 150/30, Nordette-21, Nordette-28, Norgylene, Norvetal, Novelle Duo, Ologyn-micro, Primafem, R-den, Riget, Rigevidon 21, Rigevidon, Seif, Sexcon, Stediril 30, Suginor | 4 | 4 |

| Type d'hormone et de pilule | Formulation | Marques courantes | Nombre de pilules à avaler d'abord | Nombre de pilules à avaler 12 heures plus tard |
|---|---|---|---|---|
| **Contraceptifs oraux combinés (œstrogène – progestérone)** (suite) | 0,05 mg d'éthinylestradiol<br>0,25 mg de lévonorgestrel | Anfertil, Contraceptive H.D., Control, D-Norginor, Denoval, Denoval-Wyeth, Duoluton, Duoluton L, Evanor, FMP, Gravistat 250, Neogynon, Neogynon CD, Neovlar, Neogynon 50, Noral, Nordiol, Nordiol 21, Normanor, Ologyn, Ovidon, Primlovar, Stediril-D | 2 | 2 |
| | 0,05 mg d'éthinylestradiol<br>0,125 mg de lévonorgestrel | Gravistat, Gravistat 125 | 2 | 2 |
| | 0,03 mg d'éthinylestradiol<br>0,125 mg de lévonorgestrel | Minisiston, Trust Pills | 4 | 4 |
| | 0,03 mg d'éthinylestradiol<br>0,3 mg de norgestrel | Lo-Femenal, Lo/Ovral | 4 | 4 |
| | 0,05 mg d'éthinylestradiol<br>0,5 mg de norgestrel | Eugynon, Eugynon CD, Femenal, Jeny FMP, Ovral, Stediril | 2 | 2 |

*Sources : site web sur la contraception d'urgence, répertoire des contraceptifs hormonaux de International Planned Parenthood Federation Directory of Hormonal Contraceptives, and the International Consortium for Emergency Contraception*

# Injectables à progestatifs seuls



## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Les changements au niveau des saignements sont courants mais ne sont pas dangereux.** Généralement, les saignements sont irréguliers pendant les quelques premiers mois et ensuite, absence de saignements menstruels.
- **Revenir régulièrement pour les injections.** Revenir tous les 3 mois (13 semaines) pour le DMPA ou tous les 2 mois pour le NET-EN : c'est important pour que les injections aient un maximum d'efficacité.
- **L'injection peut être donnée 2 semaines avant ou 2 semaines après la date prévue.** La cliente doit revenir même si elle a du retard.
- **Une prise de poids progressive est chose courante.**
- **Retard du retour à la fécondité.** Il faut attendre plusieurs mois en moyenne avant de pouvoir tomber enceinte après avoir arrêté de prendre les injectables à progestatifs seuls.

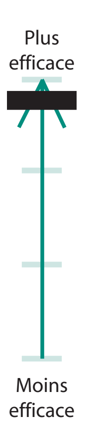
## Que sont les injectables à progestatifs seuls ?

- L'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) et l'énanthate de noréthistérone (NET-EN) sont des contraceptifs injectables qui contiennent chacun un progestatif analogue à la progestérone, qui est une hormone naturelle que produit le corps féminin. (Par contre, les injectables mensuels contiennent un œstrogène et un progestatif. Voir Injectables mensuels, p. 81).
- Ne contiennent pas d'œstrogène et peuvent donc être utilisés par les femmes qui allaitent et celles qui ne peuvent pas utiliser de méthodes avec des oestrogènes.
- Le DMPA, qui est l'injectable progestatif le plus utilisé, est également connu sous le nom de "la piqûre" ou l'injection, Depo, Depo-Provera, Megestron et Petogen.
- Le NET-EN est également connu sous le nom d'énanthate de noréthindrone, Noristerat et Syngestal. (Voir Comparaison des injectables, p. 359, pour les différences entre le DMPA et le NET-EN).



- Administrés par injection dans le muscle (injection intramusculaire). Ensuite, l'hormone est libérée lentement dans les vaisseaux sanguins. Une formulation différente du DMPA peut être injectée juste sous la peau (injection sous-cutanée). Voir Nouvelle formulation du DMPA, p. 63.
- Fonctionnent principalement en arrêtant l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires).

## Quelle est leur efficacité ?




*L'efficacité dépend de la régularité des injections :* le risque de grossesse est le plus élevé lorsqu'une femme rate une injection.

- Tels qu'ils sont utilisés couramment, on note environ 3 grossesses pour 100 femmes utilisant des injectables à progestatifs seuls, pendant la première année. Cela signifie que 97 femmes sur 100 utilisant les injectables ne tomberont pas enceintes.
- Lorsque les femmes reçoivent les injectables à temps, moins d'une grossesse pour 100 femmes utilisant des injectables à progestatifs seuls survient pendant la première année (3 femmes sur 1 000).

*Retour de la fécondité, une fois que les injections sont arrêtées :* en moyenne, 4 mois de plus pour le DMPA et 1 mois de plus pour le NET-EN qu'avec la plupart des autres méthodes (voir Question 7, p. 79).

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

# Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

## *Effets secondaires* (voir Prise en charge des problèmes, p. 75)

Certaines utilisatrices mentionnent les problèmes suivants :

- Changement dans les modes de saignement avec le DMPA :

  Trois premiers mois :

  – Saignements irréguliers

  – Saignements prolongés

  Après une année :

  – Absence de saignements menstruels

  – Saignements peu fréquents

  – Saignements irréguliers

- Le NET-EN affecte moins les modes de saignement que le DMPA. Les utilisatrices du NET-EN ont moins de jours de saignements pendant les 6 premiers mois et sont moins susceptibles de ne plus avoir de saignements menstruels après une année que les utilisatrices du DMPA.
- Prise de poids (voir Question 4, p. 78)
- Maux de tête
- Etourdissements
- Ballonnements et  gênes abdominaux
- Sautes d'humeur
- Diminutions de libido



Autres changements physiques possibles :

- Perte de densité osseuse (voir Question 10, p. 80)

## Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient les injectables progestatifs

- Ne demandent pas d'action quotidienne
- N'interfèrent pas avec les rapports sexuels
- Sont confidentiels : personne ne peut dire qu'une femme utilise la contraception
- Arrêtent les règles (pour un grand nombre de femmes)
- Peuvent aider les femmes à prendre du poids

| *Avantages connus pour la santé* | *Risques connus pour la santé* |
|---|---|
| **DMPA** | |
| Aide à protéger contre : | Aucun |
| • les risques de grossesse<br>• Le cancer du revêtement de l'utérus (cancer de l'endomètre)<br>• Les fibromes utérins | |
| Peut aider à protéger contre | |
| • Les inflammations pelviennes symptomatiques<br>• L'anémie ferriprive | |
| Diminue : | |
| • Les crises de drépanocytose chez les femmes souffrant d'anémie<br>• Les symptômes de l'endométriose (douleurs pelviennes, saignements irréguliers) | |
| **NET-EN** | |
| Ayuda a proteger contra: | Aucun |
| • L'anémie ferriprive | |

Le NET-EN offre un grand nombre de mêmes avantages pour la santé que le DMPA. Par contre, cette liste d'avantages ne comprend que ceux pour lesquels il existe des preuves suffisantes grâce aux recherches effectuées.

## *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et réponses, p. 78)

Les injectables progestatifs :

- Peuvent arrêter les règles mais ce n'est pas dangereux. C'est comme l'absence de règles pendant une grossesse, le sang ne s'accumule pas dans le corps d'une femme.
- N'interrompent pas une grossesse existante.
- Ne rendent pas une femme stérile.

## Nouvelle formulation du DMPA

Une formulation du DMPA a été mise au point tout spécifiquement pour l'injection dans les tissus juste sous la peau (sous-cutanée). Cette nouvelle formulation *doit* être donnée par injection sous-cutanée. Elle ne sera pas entièrement efficace si elle est injectée autrement. (De même, le DMPA pour l'injection dans le muscle, ne doit pas être injecté sous la peau).

La dose hormonale de la nouvelle formulation sous-cutanée (DMPA-SC) est 30% moins efficace que le DMPA formulé pour l'injection dans le muscle – 104 mg au lieu de 150 mg. Aussi, cette nouvelle formulation peut-elle diminuer les effets secondaires, par exemple la prise de poids. L'efficacité contraceptive quant à elle est analogue. Comme les utilisatrices d'un DMPA intramusculaire, les utilisatrices du DMPA-SC reçoivent une injection tous les 3 mois.

Le DMPA-SC sera disponible dans des seringues remplies à l'avance, y compris le système Uniject à aiguille unique. Ces seringues remplies à l'avance ont de petites aiguilles spéciales pour l'injection sous-cutanée. Avec ces seringues, les femmes peuvent se donner l'injection du DMPA elles-mêmes. L'Administration de l'alimentation et des médicaments des Etats-Unis (FDA) a approuvé, en décembre 2004, le DMPA-SC, sous le nom de "depo-subQ provera 104". Depuis, il a également été approuvé au Royaume Uni.



# Qui peut et qui ne peut pas utiliser les progestatifs injectables

## Sans risques et qui conviennent à pratiquement toutes les femmes

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser les progestatifs injectables sans risque et efficacement, y compris les femmes :

- Qui ont ou n'ont pas d'enfants
- Qui sont mariées
- A n'importe quel âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans
- Qui viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche
- Qui fument des cigarettes, quel que soit l'âge ou le nombre de cigarettes qu'elles fument
- Qui allaitent (elles peuvent commencer dès 6 semaines après la naissance)
- Qui sont infectées par le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement antirétroviral (voir progestatifs injectables pour les femmes avec le VIH, p. 67)

Les femmes peuvent commencer à utiliser les progestatifs injectables :

- Sans examen gynécologique
- Sans faire de tests sanguins ou autres tests de laboratoire routiniers
- Sans dépistage de cancer du col
- Sans examen des seins
- Même si une femme n'a pas ses règles actuellement, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir Liste de vérification de la grossesse, p. 372)

Critères de recevabilité médicale pour

# Les progestatifs seuls injectables

Poser à la cliente les questions ci-après sur des conditions médicales connues. Des examens et tests ne sont pas nécessaires. Si elle répond "non" à toutes les questions, alors elle peut commencer à prendre les progestatifs seuls injectables si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à une question, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut quand même commencer à prendre progestatifs seuls injectables.

**1. Est-ce que vous allaitez un bébé de moins de 6 semaines ?**

❑ NON ❑ **OUI** Elle peut commencer à utiliser les progestatifs injectables dès 6 semaines après l'accouchement (voir Allaitement complet ou presque complet ou allaitement partiel, p. 69).

**2. Est-ce que vous avez une grave cirrhose du foie, une infection du foie ou une tumeur au foie (est-ce que ses yeux ou sa peau sont anormalement jaunes, [signes de jaunisse]) ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle signale qu'elle a une grave maladie active du foie (jaunisse, hépatite active, cirrhose grave, tumeur du foie), ne pas lui donner de progestatifs injectables. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

**3. Avez-vous une tension artérielle élevée ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si vous ne pouvez pas vérifier sa tension artérielle et si elle indique des antécédents de tension artérielle élevée, lui donner des progestatifs injectables.

Contrôler sa tension artérielle si possible :

- Si elle est traitée actuellement pour tension artérielle élevée et si cette tension est contrôlée, ou si sa tension artérielle est inférieure à 160/100 mm Hg, lui donner des progestatifs injectables.
- Si sa tension artérielle systolique est de 160 mm Hg ou plus élevée ou si la tension artérielle diastolique est de 100 ou plus, ne pas lui journir de progestatifs injectables. L'aider à choisir une autre méthode – une méthode sans œstrogène.

**4. Avez-vous eu du diabète pendant plus de 20 ans ou des lésions causées par le diabète à vos artères, à votre vision, à vos reins ou à votre système nerveux ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas lui fournir de progestatifs injectables. L'aider à choisir une autre méthode – une méthode sans œstrogène.

*(Suite de la page suivante)*

*Critères de recevabilité médicale pour les injectables à progestatifs seuls (suite)*

**5. Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale, un caillot dans vos jambes ou dans vos poumons, une attaque cardiaque ou autres graves problèmes cardiaques ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique une crise cardiaque, une cardiopathie imputable à un blocage ou rétrécissement des artères ou une attaque cérébrale, ne pas lui fournir de progestatifs injectables. L'aider à choisir une autre méthode – une méthode sans œstrogène. Si elle signale un caillot de sang actuel dans les veines profondes dans la jambe ou dans les poumons (mais pas des caillots superficiels), l'aider à choisir une méthode sans hormones.

**6. Avez-vous des saignements vaginaux qui sont inhabituels pour vous ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a des saignements vaginaux inexpliqués qui pourraient indiquer une grossesse ou une pathologie sous-jacente, les progestatifs injectables pourraient rendre plus difficiles le diagnostic et le suivi du traitement. L'aider à choisir une méthode qu'elle pourra utiliser pendant qu'elle est évaluée et traitée (mais pas les implants ou le DIU au cuivre ou hormonal). Après le traitement, refaire l'évaluation pour l'utilisation des progestatifs injectables.

**7. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas lui fournir de progestatifs injectables. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

**8. Avez-vous des pathologies qui augmentent votre risque d'avoir une maladie cardiaque (maladie des artères coronaires) ou attaque, par exemple tension artérielle élevée ou diabète ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas lui fournir de progestatifs injectables. L'aider à choisir une autre méthode – une méthode sans œstrogène.

Ne pas oublier d'expliquer les avantages et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode que la cliente utilisera. Lui indiquer également les pathologies faisant que la méthode n'est guère recommandée dans son cas particulier.

## Faire appel au jugement clinique dans des cas spéciaux

Généralement, une femme souffrant de l'une des affections mentionnées ci-après ne devrait pas utiliser les injectables. Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, lorsque d'autres méthodes plus adéquates ne sont pas disponibles ni acceptables pour elle, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état et la situation de la femme en question et décider si elle peut ou non utiliser les progestatifs injectables. Le prestataire doit envisager la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle aura accès à un suivi médical.

- Allaite et se trouve à moins de 6 semaines depuis la naissance
- Tension artérielle très élevée (systolique 160 mm Hg ou plus élevée ou diastolique 100 mm Hg ou plus élevée)
- Caillot sanguin actuel dans les veines profondes des jambes ou des poumons
- Antécédents de maladies cardiaques ou cardiopathie actuelle imputables à un blocage ou rétrécissement des artères (insuffisance coronarienne)
- Antécédents d'attaques cérébrales
- Multiples facteurs de risques l'exposant à des maladies cardiovasculaires artérielles, tels que le diabète et la tension artérielle élevée.
- Saignements vaginaux inexpliqués avant l'évaluation pour dépister des affections graves sous-jacentes.
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans qui n'est pas revenu
- A souffert de diabète pendant plus de 20 ans ou a des lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins et au système nerveux
- Grave maladie du foie, infections ou tumeur du foi

## Injectables à progestatifs seuls pour les femmes vivant avec le VIH

- Les femmes qui sont infectées par le VIH, qui sont atteintes du sida ou qui suivent un traitement antirétroviral (ARV) peuvent utiliser sans risques les progestatifs injectables.
- Recommander vivement à ces femmes d'utiliser des préservatifs avec les progestatifs injectables. S'ils sont utilisés régulièrement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d'autres IST.

# Fourniture d'injectables à progestatifs seuls

## Quand commencer

**IMPORTANT :** une femme peut commencer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment, si l'on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, on peut utiliser la Liste de vérification de la grossesse (voir p. 372).

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A ses règles ou a arrêté d'utiliser une méthode non hormonale** | **A n'importe quel moment du mois**<br>• Si elle commence dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles, pas besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après le début des règles, elle peut commencer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment, si elle est raisonnablement sûre qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours après l'injection.<br>• Si elle utilisait auparavant un DIU, elle peut commencer immédiatement les progestatifs seuls injectables (voir DIU au cuivre, Passer du DIU à une autre méthode, p. 148). |
| **Quand elle arrête une méthode hormonale** | • Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale régulièrement et correctement ou si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pas la peine d'attendre les prochaines règles. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle utilisait un autre progestatif seul injectable, elle peut avoir le nouvel injectable au moment où elle aurait dû recevoir l'injection répétée. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint. |

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet** | |
| Se trouve à moins de 6 mois après l'accouchement | • Si elle a accouché il y a moins de 6 semaines, remettre à plus tard la première injection, jusqu'à 6 semaines au moins après l'accouchement.<br>• Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut commencer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment entre 6 semaines et 6 mois. Pas besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer les progestatifs seuls injectables, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page suivante). |
| Se trouve à plus de 6 mois après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut démarrer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer les progestatifs seuls injectables, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page suivante). |
| **Pratique l'allaitement maternel partiel** | |
| Se trouve à moins de 6 semaines après l'accouchement | • Remettre à plus tard la première injection jusqu'à ce que 6 semaines au moins se soient écoulées après l'accouchement. |
| Se trouve à plus de 6 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut démarrer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut démarrer les progestatifs seuls injectables, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page précédente). |

† *Dans les endroits où une visite à 6 semaines après l'accouchement est généralement recommandée et si les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires et certains programmes peuvent donner les progestatifs seuls injectables lors de la visite à 6 semaines, sans autres preuves qu'elle n'est pas enceinte, si elle n'a pas encore eu son retour de couches.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **N'allaite pas** | |
| Se trouve à moins de 4 semaines après l'accouchement | • Elle peut démarrer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment. Pas besoin d'utiliser une méthode d'appoint. |
| Se trouve à plus de 4 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut commencer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.[†] Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut démarrer les progestatifs seuls injectables, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir p. 68). |
| **N'a pas ses règles** (n'est pas lié à l'accouchement ou à l'allaitement) | • Elle peut démarrer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pour les 7 premiers jours après l'injection. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | • Immédiatement. Si elle commence durant les 7 premiers jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, elle peut démarrer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection. |
| **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • Elle peut démarrer les progestatifs seuls injectables le même jour que la PCU ou, si elle préfère, pendant les 7 jours qui suivent le début de ses règles. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection. Elle devra revenir si elle a des signes ou symptômes de grossesses autres que l'absence de règles (voir p. 371 pour des Signes et symptômes courants d'une grossesse). |

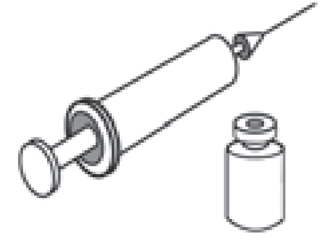
[†] *Dans les endroits où une visite à 6 semaines après l'accouchement est généralement recommandée et si les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires et certains programmes peuvent donner les progestatifs seuls injectables lors de la visite à 6 semaines, sans autres preuves qu'elle n'est pas enceinte, si elle n'a pas encore eu son retour de couches.*

## Donner des conseils sur les effets secondaires

**IMPORTANT :** Des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires sont une partie importante de la fourniture de l'injection. Les conseils sur les changements au niveau des saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode.

| | |
|---|---|
| **Décrire les effets secondaires les plus courants** | • Lors des premiers mois, saignements irréguliers, saignements prolongés, saignements fréquents. Ensuite, absence de saignements.<br>• Prise de poids (environ 1 à 2 kg par an). Maux de tête, étourdissements et peut-être d'autres effets secondaires. |
| **Expliquer à propos de ses effets secondaires** | • Les effets secondaires ne sont pas un signe de maladie.<br>• Courants, bien que certaines femmes n'en aient pas.<br>• La cliente peut revenir pour obtenir de l'aide si les effets secondaires la préoccupent. |

## Administration de l'injection

| | |
|---|---|
| **1. Obtenir une dose de progestatif injectable, une aiguille et une seringue**<br> | • DMPA, 150 mg pour les injections dans le muscle (injection intramusculaire). NET-EN : 200 mg pour les injections dans le muscle.<br>• Si possible, utiliser des flacons à dose unique. Vérifier la date de péremption. Si l'on utilise un flacon ouvert à multi doses, vérifier que le flacon n'a pas de fuites.<br>• DMPA : seringue de 2 mg et aiguille intramusculaire n° 21-23.<br>• NET-EN : seringue de 2 ou 5 ml et aiguille intramusculaire n° 19. On peut également utiliser une aiguille plus fine (n° 21-23).<br>• Pour chaque injection, utiliser une seringue et une aiguille jetables prises dans un nouvel emballage fermé hermétiquement. (Vérifier la date de péremption et voir si l'emballage n'est pas endommagé). |
| **2. Laver** | • Se laver les mains avec de l'eau et du savon si possible.<br>• Si le site d'injection est sale, le laver avec de l'eau et du savon.<br>• Pas la peine de passer un antiseptique à l'endroit de l'injection. |

**3. Préparer le flacon**

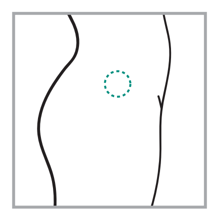
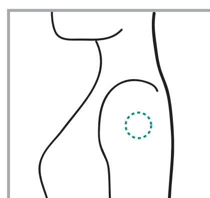
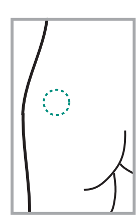
- DMPA : secouer légèrement le flacon.
- NET-EN : il n'est pas nécessaire de secouer le flacon.
- Pas la peine d'essuyer le haut du flacon avec un antiseptique.
- Si le flacon est froid, le réchauffer à température de la peau avant d'administrer l'injection.

**4. Remplir la seringue**

- Percer le haut du flacon avec l'aiguille stérile et remplir la seringue avec la dose correcte.

**5. Injecter le produit**

- Insérer l'aiguille stérile profondément dans la hanche (muscle ventro-grand fessier), le haut du bras (muscle deltoïde), ou dans les fesses (grand fessier, portion supérieure extérieure), selon l'endroit que préfère la femme. Injecter le contenu de la seringue.
- Ne pas masser le site de l'injection.

**6. Jeter avec précaution les seringues et les aiguilles jetables**

- Ne pas recapuchonner, ne pas plier ou ne pas casser les aiguilles avant de les jeter.
- Les mettre dans un récipient pour objets pointus, qui ne peut pas être percé ou troué.
- Ne pas réutiliser les seringues et les aiguilles jetables. Elles doivent être détruites après une seule utilisation. Elles sont très difficiles à désinfecter à cause de leur forme. Aussi, en les réutilisant, risque-t-on de transmettre des maladies comme le VIH et l'hépatite.
- Si l'on utilise une seringue et une aiguille réutilisables, il faut les stériliser après chaque utilisation (voir Prévention des infections dans le centre de santé, p. 312).



## Soutenir l'utilisatrice

| | |
|---|---|
| **Donner des instructions spécifiques** | • Lui dire de ne pas masser le site de l'injection.<br>• Indiquer à la cliente le nom de l'injection et fixer une date pour sa prochaine injection. |



### *"Revenez à n'importe quel moment" : Raisons de revenir avant la prochaine injection.*

Bien indiquer à chaque cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment – par exemple : si elle a des problèmes, des questions, ou si elle souhaite utiliser une autre méthode : elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense qu'elle pourrait être enceinte.

Conseil général pour la santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose ne va pas avec sa santé devrait revenir immédiatement pour obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne réside pas dans la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer ce qu'elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

### *Planifier la prochaine injection*

1. Se mettre d'accord sur une date pour sa prochaine injection dans 3 mois (13 semaines) pour le DMPA, ou dans 2 mois (8 semaines) pour le NET-EN. Voir comment elle peut faire pour se rappeler de la date, peut-être en la rapprochant d'un jour férié ou d'un autre événement.

2. Lui demander d'essayer de venir à temps. Elle peut pourtant venir 2 semaines avant ou 2 semaines plus tard et quand même obtenir l'injection.

3. Elle devrait venir, quel que soit son retard pour obtenir sa prochaine injection. Si elle a plus de 2 semaines de retard, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou utiliser des préservatifs, des spermicides ou le retrait jusqu'à ce qu'elle puisse obtenir l'injection. Elle peut également envisager de prendre la pilule contraceptive d'urgence si elle a plus de 2 semaines de retard et si elle a eu des rapports sexuels non protégés les 5 derniers jours (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45).

# Aider les utilisatrices continues

## Visites pour injections répétées

1. Demander à la cliente si tout se passe bien avec la méthode et si elle est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de tel ou tel aspect.
2. Lui demander si elle est préoccupée par les changements dans les saignements. Lui donner des informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prise en charge des problèmes, page suivante).
3. Lui faire l'injection. Les injections peuvent être données avec 2 semaines d'avance ou de retard.
4. Programmer la prochaine injection. Se mettre d'accord sur une date pour la prochaine injection (dans 3 mois ou 13 semaines pour le DMPA, dans 2 mois pour le NET-EN). Lui rappeler qu'elle devrait essayer de venir à temps mais qu'elle doit revenir de toute manière, même si elle est en retard.
5. Chaque année, contrôler sa tension artérielle si possible (voir Critères de recevabilité médicale, question 3, p. 65).
6. Demander à une cliente qui utilise depuis longtemps la méthode si elle a de nouveaux problèmes de santé. Traiter les problèmes, tel qu'il convient. Pour les nouveaux problèmes de santé qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode, voir p. 77.
7. Demander à une cliente qui utilise depuis longtemps la méthode si des changements importants sont survenus dans sa vie qui pourraient modifier ses besoins – surtout si elle a l'intention d'avoir un enfant ou si elle est exposée au risque de contracter les IST/VIH. Assurer le suivi nécessaire.

## Que faire pour les injections en retard

- Si la cliente a moins de 2 semaines de retard pour une injection de rappel, elle peut recevoir sa prochaine injection. Pas la peine de faire de tests, de bilan et pas la peine de lui remettre une méthode d'appoint.
- Une cliente qui a plus de 2 semaines de retard peut recevoir sa prochaine injection si :
  - Elle n'a pas eu de rapports sexuels *depuis 2 semaines après la date* à laquelle elle aurait dû recevoir sa dernière injection, ou
  - Si elle a utilisé une méthode d'appoint ou a pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU) après des rapports sexuels non protégés dans les 2 semaines après la date à laquelle elle aurait dû recevoir sa dernière injection, ou
  - Si elle pratique l'allaitement complet ou presque complet et si elle a accouché il y a moins de 6 mois.

  Elle a besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection.
- Si la cliente a plus de 2 semaines de retard et ne satisfait pas aux critères sus-mentionnés, d'autres mesures peuvent être prises pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir Options supplémentaires pour évaluer la possibilité d'une grossesse, p. 370). Ces mesures sont utiles car un grand nombre de femmes qui utilisent les progestatifs seuls injectables n'auront pas de règles pendant quelques mois, même après qu'elles arrêtent d'utiliser cette méthode. Aussi, si on lui demande de revenir lorsqu'elle aura ses prochaines règles, on retarde inutilement la prochaine injection, la laissant sans protection contraceptive.

- Discuter des raisons pour lesquelles la cliente est en retard et voir comment trouver des solutions. S'il lui est difficile de revenir à temps, discuter de l'utilisation d'une méthode d'appoint lorsqu'elle est en retard pour sa prochaine injection, ou lui recommander de prendre la PCU ou encore de choisir une autre méthode.



## Prise en charge des problèmes

### *Problèmes signalés comme effets secondaires*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

- Les problèmes avec les effets secondaires se répercutent sur la satisfaction des femmes et l'utilisation des progestatifs seuls injectables. Ils exigent l'attention du prestataire. Si la cliente indique des effets secondaires, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils et traiter le cas échéant.
- Proposer d'aider la cliente à choisir une autre méthode – à présent si elle le souhaite, ou si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

**Pas de saignements menstruels**

- La rassurer et lui indiquer que la plupart des femmes utilisant les progestatifs injectables n'ont plus leurs règles après un certain temps. Ce n'est pas dangereux. Il n'est pas nécessaire d'avoir des saignements chaque mois. C'est analogue à l'absence de règles lors d'une grossesse. Elle n'est pas stérile. Le sang ne s'accumule pas dans son corps. (Certaines femmes sont heureuses de ne pas avoir leurs règles chaque mois).
- Si le fait de ne pas avoir ses règles la préoccupe, elle peut utiliser les progestatifs injectables mensuels s'ils sont disponibles.

**Saignements irréguliers** (saignements à des moments inattendus qui préoccupent la cliente)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant des progestatifs injectables ont des saignements irréguliers, mais que ce n'est pas dangereux et que, généralement, ils diminuent ou cessent après les premiers mois d'utilisation.
- Pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène 3 fois par jour ou 500 mg d'acide méfénamique 2 fois par jours après les repas pendant 5 jours, en commençant dès que démarrent les saignements irréguliers.
- Si les saignements irréguliers continuent ou commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou d'absence de saignements, ou si vous soupçonnez un autre problème dû à d'autres raisons, envisager les conditions sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 77).

**Prise de poids**

- Revoir le régime alimentaire et donner les conseils indiqués.

**Ballonnements abdominaux**

- Envisager des remèdes disponibles localement.

**Saignements abondants ou prolongés** (deux fois plus abondants que d'habitude ou plus longs que 8 jours)

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes utilisant les progestatifs injectables ont des saignements abondants ou prolongés. Ce n'est pas dangereux, et généralement ils diminuent ou cessent après quelques mois.
- Pour un soulagement rapide, elle peut essayer (un à la fois) :
  - Les contraceptifs oraux combinés (COC) en prenant une pilule tous les jours pendant 21 jours en commençant dès qu'elle a des saignements abondants.
  - 50 µg d'éthinylestradiol tous les jours pendant 21 jours, dès qu'elle a des saignements abondants.
- Si les saignements deviennent une menace  pour la santé, ou si la femme le souhaite, l'aider à choisir une autre méthode. Dans l'intermédiaire, elle peut prendre de l'éthinylestradiol ou les COC pour aider à diminuer les saignements.
- Pour aider à prévenir l'anémie, lui proposer de prendre des cachets de fer et lui indiquer que c'est important de manger des aliments qui contiennent du fer, telles que la viande et la volaille (surtout le foie de bœuf et de poulet), du poisson, des légumes verts et des légumes secs (haricots, lentilles et petits pois.)
- Si les saignements abondants ou prolongés continuent ou commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou de mois sans saignements,ou si vous soupçonnez un autre problème dû à d'autres raisons, envisager les affections sous-jacentes non liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux non expliqués, page suivante).

**Maux de tête ordinaires** (qui ne sont pas dus à des migraines)

- Proposer de l'aspirine (325-650 mg), de l'ibuprofène (200-400 mg), du paracétamol (325-1000 mg) ou autre médicament contre la douleur.
- Des maux de tête qui empirent ou se présentent plus souvent, pendant l'utilisation des injectables, doivent être évalués.

**Sautes d'humeur ou changements dans la libido**

- Lui demander si elle note des changements dans sa vie qui pourraient affecter ses humeurs ou sa libido, notamment des changements dans ses relations avec son partenaire. Lui apporter le soutien nécessaire.
- Les clientes qui signalent des sautes d'humeur très importantes, par exemple des dépressions graves, doivent être orientées vers les services compétents.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

**Etourdissements**

- Envisager des remèdes disponibles localement.

## *Nouveaux problèmes qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

**Migraines** (voir Migraines et Lumières vives, p. 368)

- Si elle a des migraines sans lumières vives, elle peut continuer à utiliser la méthode si elle le souhaite.
- Si elle a des migraines avec lumières vives, ne pas lui donner l'injection. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

**Saignements vaginaux inexpliqués** (qui suggèrent une affection médicale qui n'est pas liée à la méthode)

- L'orienter vers les services compétents ou évaluer en fonction des antécédents et de l'examen gynécologique. Diagnostiquer et traiter comme il convient.
- Si l'on ne trouve aucune cause aux saignements, envisager d'arrêter les progestatifs injectables pour faciliter le diagnostic. Lui fournir une autre méthode de son choix qu'elle pourra utiliser pendant que le problème est évalué et traité (mais pas les implants ou le DIU au cuivre ou hormonal).
- Si les saignements sont causés par une infection sexuellement transmissible ou une inflammation pelvienne, elle peut continuer à utiliser les progestatifs injectables pendant le traitement.

**Certaines affections graves** (blocage ou rétrécissement soupçonné des artères, maladie du foie, tension artérielle très élevée, caillots sanguins dans les veines profondes des jambes ou des poumons, attaque, cancer du sein ou lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux). Voir Signes et symptômes des affections médicales graves, p. 320.

- Ne pas lui donner la prochaine injection.
- Lui remettre une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que son état soit évalué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins si elle n'est pas déjà traitée.

**Grossesse soupçonnée**

- Faire un test de grossesse.
- Arrêter les injections si la grossesse est confirmée.
- On ne connaît aucun risque pour le fœtus conçu pendant qu'une femme utilise les progestatifs injectables (voir Questions 11, p. 80).

# Questions et réponses sur les progestatifs seuls injectables

**1. Est-ce que les femmes qui sont exposées aux infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent utiliser les progestatifs injectables ?**

Oui. Les femmes exposées au risque de contracter des IST peuvent utiliser les progestatifs injectables. Les quelques études disponibles constatent par ailleurs que les femmes utilisant le DMPA étaient plus susceptibles de contracter l'infection à chlamydia que les femmes n'utilisant pas la contraception hormonale. L'on ne connaît pas la raison de cette différence. Il n'existe que peu d'études sur l'utilisation du NET-EN et des IST. Comme pour toute autre personne exposée au risque de contracter une IST, l'utilisatricede progestatifs injectables qui pourrait être exposée à un tel risque devrait utiliser correctement des préservatifs chaque fois qu'elle a des rapports sexuels. En effet, l'emploi régulier correct des préservatifs diminue le risque d'être infecté par une IST.

**2. Si une femme n'a pas de saignements menstruels alors qu'elle utilise les progestatifs injectables, cela signifie-t-il qu'elle est enceinte ?**

Probablement que non, surtout si elle allaite. Par la suite, les règles cesseront pour la plupart des femmes qui utilisent les progestatifs seuls injectables. Si elle a reçu ses injections à temps, elle n'est probablement pas enceinte et peut continuer à utiliser les progestatifs injectables. Si elle reste préoccupée alors même qu'elle a été rassurée à ce propos, on peut lui proposer de faire un test de grossesse, s'il est disponible, ou l'orienter vers les services compétents pour le faire. Si l'absence de règles menstruelles la préoccupe, on peut lui proposer de passer à une autre méthode.

**3. Est-ce qu'une femme qui allaite peut utiliser sans risques les progestatifs seuls injectables ?**

Oui. C'est un bon choix pour une mère qui allaite et qui souhaite une méthode hormonale. Les injectables progestatifs ne présentent pas de risque, ni pour la mère, ni pour le bébé et peuvent être commencés dès 6 semaines après l'accouchement. Ils n'affectent pas la production de lait.

**4. Combien de poids prennent les femmes qui utilisent les progestatifs seuls injectables ?**

Les femmes prennent en moyenne 1 à 2 kg par an, lorsqu'elles emploient le DMPA. Une partie du gain de poids pourrait être due au fait que les gens grossissent normalement, alors qu'ils vieillissent. Certaines femmes, surtout les adolescentes, d'un poids excédentaire, ont pris bien plus qu'un ou deux kg par an. Parallèlement, certaines utilisatrices des progestatifs seuls injectables perdent du poids ou ne notent aucun changement dans leur poids. Ce sont surtout les femmes asiatiques qui n'ont pas tendance à prendre de poids lorsqu'elles utilisent le DMPA.

**5. Est-ce que le DMPA et le NET-EN peuvent provoquer un avortement ?**

Non. La recherche faite sur les progestatifs seuls injectables constate qu'ils n'interrompent pas une grossesse existante. Ils ne devraient pas être utilisés pour essayer de provoquer un avortement. Ils ne seront pas efficaces pour cela.

**6. Est-ce que les progestatifs seuls injectables rendent une femme stérile ?**

Non. Mais le retour de la fécondité prendra un certain temps après l'arrêt de l'utilisation des progestatifs seuls injectables, et après ce retard, la femme pourra tomber enceinte comme avant, bien que la fécondité diminue avec l'âge. Les modes de saignements qu'avait une femme avant d'utiliser les progestatifs seuls injectables reviennent généralement après plusieurs mois après la dernière injections, même si elle n'avait pas de saignements menstruels pendant qu'elle utilisait les injectables. Certaines femmes devront attendre plusieurs mois avant que ne revienne leur mode de saignements habituels.

**7. Combien de temps faut-il attendre pour tomber enceinte après avoir utilisé le DMPA ou le NET-EN ?**

Les femmes qui arrêtent d'utiliser de DMPA attendent en moyenne 4 mois de plus pour tomber enceintes que les femmes qui ont utilisé d'autres méthodes. Cela veut dire qu'elles tombent enceintes en moyenne 10 mois après leur dernière injection. Les femmes qui arrêtent d'utiliser le NET-EN attendent en moyenne un mois de plus pour tomber enceintes que les femmes qui ont utilisé d'autres méthodes, soit 6 mois après leur dernière injection. Ce sont des moyennes. Une femme ne devrait pas se préoccuper si elle ne peut pas tomber enceinte, même après 12 mois après avoir arrêté d'utiliser les progestatifs injectables. La durée pendant laquelle elle les a utilisés ne fait aucune différence quant à la rapidité avec laquelle elle peut tomber enceinte, une fois qu'elle arrête d'avoir ses injections. Après avoir arrêté les progestatifs seuls injectables, une femme peut avoir son ovulation même avant que ne reviennent les règles, et peut donc tomber enceinte. Si elle souhaite continuer à éviter une grossesse, elle devrait commencer une autre méthode avant que ne reviennent les saignements menstruels.

**8. Est-ce que le DMPA peut causer un cancer ?**

De nombreuses études montrent que le DMPA n'est pas cause de cancer. De fait, le DMPA aide à protéger contre le cancer du revêtement de l'utérus (cancer de l'endomètre). Les résultats de quelques études faites sur le DMPA et le cancer du sein sont analogues aux résultats pour les contraceptifs oraux combinés : les femmes utilisant le DMPA étaient légèrement plus susceptibles d'avoir un diagnostic de cancer du sein alors qu'elles utilisaient le DMPA ou dans les 10 ans après qu'elles avaient arrêté. On ne sait pas, toutefois, si ces résultats sont expliqués du fait d'un dépistage plus précoce des cancers de seins existants chez les utilisatrices du DMPA, ou en raison de l'effet biologique du DMPA sur le cancer du sein.

Les quelques études faites sur l'utilisation du DMPA et le cancer du col semblent montrer qu'il existe un risque légèrement accru de cancer du col chez les femmes utilisant le DMPA pendant 5 ans ou plus. Par contre, le cancer du col ne peut pas se développer à cause du DMPA seul. Il est causé par une infection persistante imputable au virus du papillome humain. Il n'existe que peu d'informations disponibles sur le NET-EN. On pense que son innocuité est comme celle du DMPA et d'autres méthodes contraceptives contenant uniquement un progestatif, par exemple les pilules à progestatifs seuls et les implants.

**9. Est-ce qu'une femme peut passer de progestatifs seuls injectables à un autre progestatifs injectable ?**

On peut utiliser un autre progestatif injectable sans aucun risque et cela ne diminue pas son efficacité. S'il faut changer à cause d'un manque de produit, la première injection du nouveau progestatif injectable devrait être donnée à la date à laquelle la prochaine injection de l'ancienne formulation aurait été donnée. Il faut prévenir les clientes de ce changement, leur donner le nom du nouveau progestatif injectable et le calendrier des injections.

**10. Est-ce que le DMPA affecte la densité osseuse ?**

L'utilisation du DMPA diminue la densité osseuse. La recherche n'a pourtant pas constaté que les utilisatrices du DMPA, quel que soit leur âge, risquent davantage de se casser les os. Lorsque s'arrête l'utilisation du DMPA, la densité osseuse augmente à nouveau pour les femmes en âge de procréer. Parmi les adultes qui arrêtent d'utiliser le DMPA, après 2 à 3 ans, leur densité osse-use semble analogue à celle des femmes qui n'ont pas utilisé le DMPA. On ne sait pas si la perte de densité osseuse chez les adolescentes les empêche d'atteindre leur masse osseuse maximale. Il n'existe aucune donnée sur le NET-EN et la perte de densité osseuse, mais l'effet est probablement le même que l'effet du DMPA.

**11. Est-ce que les projestatifs seuls injectables peuvent causer des malformations congénitales ? Est-ce que cela peut nuire au fœtus si une femme prend accidentellement des progestatifs seuls injectables alors qu'elle est enceinte ?**

Non. Il existe de solides preuves qui nous montrent que les progestatifs seuls injectable ne causent pas de malformations congénitales et ne nuisent pas au fœtus. Si une femme tombe enceinte alors qu'elle utilise les progestatifs injectables ou si elle les commence accidentellement alors qu'elle est déjà enceinte.

**12. Est-ce que les progestatifs seuls injectables causent des sautes d'humeur ou affectent la libido ?**

Généralement pas. Certaines femmes utilisant les progestatifs injectables, signalent ce genre de problèmes. La vaste majorité des utilisatrices n'indiquent pas ces changements. Il est difficile de savoir si ces changements sont dus aux progestatifs seuls injectables ou à d'autres raisons. Les prestataires peuvent aider une cliente qui a ces problèmes (voir Sautes d'humeur ou changement dans la libido, p. 76). Rien ne vient prouver que les progestatifs seuls injectables changent le comportement sexuel d'une femme.

**13. Que se passe-t-il si une femme vient en retard pour sa prochaine injection ?**

Les directives actuelles de l'OMS recommandent de donner à une femme sa prochaine injection à progestatifs seuls si elle a jusqu'à 2 semaines de retard, sans chercher à voir si elle est enceinte ou non. Certaines femmes viennent même plus tard pour la prochaine injection. Les prestataires peuvent utiliser d'autres options pour évaluer la possibilité d'une grossesse (voir p. 370) si l'utilisatrice des progestatifs injectables a plus de 2 semaines de retard pour la prochaine injection.

CHAPITRE 5

# Injectables mensuels

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Les changements dans les saignements sont courants mais ne sont pas dangereux.** Généralement, saignements mensuels plus légers, moins de jours de saignements ou saignements irréguliers ou peu fréquents.
- **Revenir à temps.** Il est important de revenir toutes les 4 semaines pour que la méthode soit plus efficace.
- **Les injections peuvent être données 7 jours à l'avance ou avec 7 jours de retard.** La cliente devrait revenir même si elle a plus de retard.

## Que sont les injectables mensuels ?

- Les injectables mensuels contiennent 2 hormones – un progestatif et un œstrogène – comme la progestérone et l'œstrogène qui sont des hormones naturelles dans le corps d'une femme. (Les contraceptifs oraux combinés contiennent également ces 2 types d'hormones).
- Egalement appelés les contraceptifs injectables combinés, les CIC, ou encore tout simplement l'injection.
- L'information dans ce chapitre s'applique à l'acétate de médroxyprogestérone (MPA)/estradiol cypionate et à l'énanthate de noréthistérone (NET-EN)/estradiol valérate. L'information peut également s'appliquer à des formulations plus anciennes, qui sont moins connues.
- MPA/estradiol cypionate est vendu avec les noms de marques suivantes : Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo-Provera, Feminena, Lunella, Lunelle, Novafem et autres. NET-EN/estradiol valérate est offert sous les noms de marques de Mesigyna et de Norigynon.
- Agit essentiellement en arrêtant l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires).

## Quelle est son efficacité ?




*L'efficacité dépend si la femme revient à temps :* le risque de grossesse est le plus élevé lorsqu'une femme a du retard pour l'injection ou rate une injection.

- Tels qu'utilisés couramment, environ 3 grossesses pour 100 femmes utilisant les injectables mensuels pendant la première année. Cela signifie que 97 femmes sur 100 utilisant les injectables ne tomberont pas enceintes.
- Lorsque les femmes ont leur injection à temps, moins d'une grossesse pour 100 femmes utilisant les injectables mensuels pendant la première année (5 pour 10 000 femmes).

*Retour de la fécondité lorsque les injections sont arrêtées :* en moyenne un mois de plus qu'avec la plupart des autres méthodes (voir Question 11, p. 100).

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

### Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient les injectables mensuels

- Ne demandent pas qu'une action quotidienne soit prise
- Sont confidentiels : personne ne peut dire qu'une femme utilise la contraception
- Les injections peuvent être arrêtées à n'importe quel moment
- Conviennent bien pour espacer les grossesses



# Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

## *Effets secondaires* (voir Prise en charge des problèmes, p. 95)

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- Changements dans les modes de saignement, notamment :
  - – Saignements plus légers et moins de jours de saignements
  - – Saignements irréguliers
  - – Saignements peu fréquents
  - – Saignements prolongés
  - – Aucun saignement mensuel
- Prise de poids
- Maux de tête
- Etourdissements
- Seins endoloris

## *Avantages connus pour la santé et risques connus pour la santé*

Les études à long terme faites sur les injectables mensuels sont limitées, mais les chercheurs pensent que leurs avantages et risques pour la santé sont analogues à ceux des contraceptifs oraux combinés (voir Contraceptifs oraux combinés, avantages pour la santé et risques pour la santé, p. 3). Il pourrait pourtant y avoir certaines différences au niveau des effets sur le foie (voir Question 2, p. 98).

## *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et réponses, p. 98)

Inyectables mensuales:

- Les injectables mensuels :
- Peuvent arrêter les saignements mensuels, mais ce n'est pas dangereux. C'est comme l'absence de règles pendant la grossesse. Le sang ne s'accumule pas à l'intérieur du corps féminin.
- N'en sont pas aux étapes expérimentales. Les organismes du gouvernement les ont approuvés.
- Ne rendent pas une femme stérile.
- Ne déclenchent pas une ménopause précoce.
- Ne provoquent pas de malformations congénitales ou de naissances multiples.
- Ne causent pas de démangeaisons.
- Ne changent pas le comportement sexuel des femmes.

# Qui peut et qui ne peut pas utiliser les injectables mensuels

## Sans risques et conviennent à presque toutes les femmes

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser les injectables mensuels efficacement et sans risques, y compris les femmes :

- Qui ont ou n'ont pas d'enfants
- Qui ne sont pas mariées
- Quel que soit leur âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans
- Qui viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche
- Qui fument n'importe quel nombre de cigarettes par jour et ont moins de 35 ans
- Qui fument moins de 15 cigarettes par jour et ont plus de 35 ans
- Qui souffrent d'anémie actuellement ou ont été anémiques dans le passé
- Qui ont des varices
- Qui sont infectées par le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement antirétroviral (voir Injectables mensuels pour les femmes vivant avec le VIH, p. 88)

Les femmes peuvent commencer à utiliser les injectables mensuels :

- Sans examen gynécologique
- Sans tests de sang ou autres tests routiniers de laboratoire
- Sans dépistage du cancer du col
- Sans examen des seins
- Même lorsqu'une femme n'a pas ses règles en ce moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir Liste de vérification de la grossesse, p. 372)

### Critères de recevabilité médicale pour

# Les injectables mensuels

Poser à la cliente les questions ci-après sur des affections médicales connues. Des examens et tests ne sont pas nécessaires. Si elle répond "non" à toutes les questions, alors elle peut commencer les injectables mensuels si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à une question, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut quand même commencer les injectables mensuels.

**1. Est-ce que vous allaitez un bébé de moins de 6 mois ?**

❑ NON ❑ **OUI**

- Si elle pratique l'allaitement complet ou presque complet : elle peut commencer 6 mois après l'accouchement ou lorsque le lait maternel n'est plus le principal aliment du bébé – selon ce qui survient en premier (voir Allaitement complet ou presque complet, p. 89).
- Si elle pratique l'allaitement partiel : elle peut commencer les injectables mensuels dès 6 semaines après l'accouchement (voir Allaitement partiel, p. 90).

**2. Avez-vous eu un bébé ces 3 dernières semaines que vous n'allaitez pas ?**

❑ NON ❑ **OUI** Elle peut commencer les injectables mensuels dès 3 semaines après l'accouchement (voir N'allaite pas, p. 90).

**3. Est-ce que vous fumez 15 cigarettes ou plus, par jour ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a 35 ans ou plus et si elle fume plus de 15 cigarettes par jour, ne pas lui donner les injectables mensuels. Lui recommander vivement d'arrêter de fumer et l'aider à choisir une autre méthode.

**4. Est-ce que vous avez une grave cirrhose du foie, une infection du foie ou une tumeur au foie ? (Est-ce que ses yeux ou sa peau sont anormalement jaunes ? [Signes de jaunisse]).**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle signale une grave maladie du foie (jaunisse, hépatite active, cirrhose grave, tumeur du foie) ne pas lui donner les injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode sans hormones. (Si elle a une légère cirrhose ou une maladie de la vésicule biliaire, elle peut utiliser les injectables mensuels).

*(Suite de la page suivante)*

**5. Avez-vous une tension artérielle élevée ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si vous ne pouvez pas vérifier sa tension artérielle et si elle indique des antécédents de tension artérielle élevée, ou si elle est traitée pour tension artérielle élevée, ne pas lui remettre d'injectables mensuels. L'orienter vers un prestataire pour contrôler sa tension artérielle si possible, ou l'aider à choisir une autre méthode sans œstrogène.

Contrôler sa tension artérielle si possible :

- Si sa tension artérielle est inférieure à 140/90 mm Hg, lui fournir les injectables mensuels.
- Si sa tension artérielle systolique est de 140 mm Hg ou plus élevée ou si la tension artérielle diastolique est de 90 ou plus, ne pas lui fournir d'injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène mais pas les injectables progestatifs, si la tension artérielle systolique est de 160 ou plus élevée, ou si la tension diastolique est de 100 ou plus élevée.

(Une seule lecture de la tension artérielle dans la fourchette des 140–159/90–99 mm Hg ne suffit pas pour établir le diagnostic d'une tension artérielle élevée. Lui remettre une méthode d'appoint* qu'elle utilisera jusqu'à ce qu'elle revienne pour un autre contrôle de tension artérielle, ou l'aider à choisir une autre méthode tout de suite, si elle préfère. Si la tension artérielle, au prochain contrôle, est inférieure à 140/90, elle peut utiliser les injectables mensuels).

**6. Avez-vous eu du diabète pendant plus de 20 ans, ou des lésions causées par le diabète à vos artères, à votre vision, à vos reins ou à votre système nerveux ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas lui fournir d'injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène, mais pas les injectables à progestatifs seuls.

**7. Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale, un caillot sanguin dans vos jambes ou dans vos poumons, une attaque cardiaque ou autres graves problèmes cardiaques ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique une attaque cardiaque, une cardiopathie imputable à un blocage ou rétrécissement des artères, ou une attaque cérébrale, ne pas lui donner d'injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène mais pas les injectables à progestatifs seuls. Si elle signale qu'elle a actuellement un caillot de sang dans les veines profondes de sa jambe ou dans ses poumons (mais pas de caillots superficiels), l'aider à choisir une méthode sans hormones.

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

**8. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas lui fournir d'injectables mensuels. L'aide à choisir une méthode sans hormones.

**9. Avez-vous parfois une zone lumineuse de perte de vision dans les yeux, avec des maux de tête intenses (migraines) ? Est-ce que vous avez de graves maux de tête lancinants souvent d'un côté de la tête, qui peuvent durer de quelques heures à quelques jours et qui vous donnent la nausée ou des vomissements (migraines) ? Ces migraines sont-elles aggravées par la lumière ou le bruit, ou lorsque vous vous déplacez ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a des migraines avec lumières vives, quelle que soit son âge, ne pas lui fournir d'injectables mensuels. Si elle a des migraines *sans* lumières vives, *et* qu'elle a 35 ans ou plus, ne pas lui fournir d'injectables mensuels. Si elle a moins de 35 ans et si elle a des migraines sans lumières vives, elle peut utiliser les injectables mensuels (voir Dépistage des migraines et lumières vives, p. 368).

**10. Est-ce que vous devez subir une chirurgie majeure qui vous empêchera de marcher pendant une semaine ou plus ?**

❑ NON ❑ **OUI** Dans ce cas, elle peut commencer les injectables mensuels 2 semaines après l'acte chirurgical. Elle pourra utiliser une méthode d'appoint jusqu'au moment où elle pourra commencer les injectables mensuels.

**11. Est-ce que vous avez des pathologies qui augmentent votre risque d'avoir une maladie cardiaque (maladie des artères coronaires) ou attaque cérébrale, par exemple âge avancé, tabagisme, tension artérielle élevée ou diabète ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas lui fournir les injectables mensuels. L'aider à choisir une méthode sans œstrogène mais pas d'injectables à progestatifs seuls.

Pour les classifications complètes, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 324. Ne pas oublier d'expliquer les avantages et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode que la cliente utilisera. Indiquer également toute pathologie faisant que la méthode n'est guère recommandée dans son cas.

## Faire appel au jugement clinique dans des cas spéciaux

Généralement, une femme souffrant de l'une des affections mentionnées ci-après ne devrait pas utiliser l'injectable mensuel. Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, lorsque d'autres méthodes plus adéquates ne sont pas disponibles ou ne sont pas acceptables pour elle, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état et la situation de la femme en question et décider si elle peut ou non utiliser les injectables mensuels. Le prestataire doit envisager la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle aura accès à un suivi médical.

- N'allaite pas et a accouché il y a moins de 3 semaines
- Allaite essentiellement entre 6 semaines et 6 mois depuis l'accouchement
- A 35 ans ou plus et fume moins de 15 cigarettes par jour
- A une tension artérielle élevée (tension artérielle systolique entre 140 et 159 mm Hg ou tension artérielle diastolique entre 90 et 99 mm Hg).
- A une tension artérielle élevée mais sous contrôle lorsque l'évaluation continue est possible
- A des antécédents de tension artérielle élevée, lorsque l'on ne peut pas prendre la tension artérielle (y compris tension artérielle élevée liée à la grossesse)
- Souffre d'une grave maladie du foie, infection du foie ou tumeur au foie
- A 35 ans ou plus et a des migraines avec lumières vives qui ont commencé ou qui se sont aggravées depuis qu'elle utilise les injectables mensuels
- A eu un cancer du sein depuis plus de 5 ans qui n'est pas revenu
- A eu du diabète pendant plus de 20 ans ou lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux
- A de multiples facteurs de risques l'exposant aux maladies cardiovasculaires artérielles : âge avancé, tabagisme, diabète et tension artérielle élevée

## Injectables mensuels pour les femmes vivant avec le VIH

- Les femmes qui sont infectées par le VIH, qui sont atteintes du sida ou qui suivent un traitement antirétroviral peuvent utiliser sans risques les injectables mensuels.
- Recommander vivement à ces femmes d'utiliser des préservatifs avec les injectables mensuels. S'ils sont utilisés régulièrement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d'autres IST.

# Fourniture des injectables mensuels

## Quand commencer

**IMPORTANT :** Une femme peut commencer les injectables à n'importe quel moment, si l'on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, on peut utiliser la Liste de vérification de la grossesse (voir p. 372).



| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A ses règles ou a arrêté une méthode hormonale** | **A n'importe quel moment du mois**<br>• Si elle commence dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles, pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après le début de ses règles, elle peut commencer les injectables à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours après l'injection.<br>• Si elle utilisait auparavant un DIU, elle peut commencer immédiatement les injectables (voir DIU au cuivre, Passer du DIU à une autre méthode, p. 148). |
| **Quand elle arrête une méthode hormonale** | • Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale régulièrement et correctement ou si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pas la peine d'attendre les prochaines règles. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle utilisait un autre injectable, elle peut avoir le nouvel injectable au moment où aurait dû être donnée l'injection répétée. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint. |
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet** | |
| Se trouve à moins de 6 mois après l'accouchement | • Remettre sa première injection jusqu'à 6 mois après l'accouchement ou lorsque le lait maternel n'est plus l'aliment principal du bébé – ce qui survient en premier. |

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet** (continué) | |
| Se trouve à plus de 6 mois après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut commencer les injectables à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut commencer les injectables, tel que recommandé pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir p. 89). |
| **Pratique l'allaitement maternel partiel** | |
| Se trouve à moins de 6 semaines après l'accouchement | • Remettre la première injection jusqu'à 6 semaines au moins après l'accouchement. |
| Se trouve à plus de 6 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut commencer les injectables à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut démarrer les injectables, tel que recommandé pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir p. 89). |
| **N'allaite pas** | |
| Se trouve à moins de 4 semaines après l'accouchement | • Elle peut démarrer les injectables à n'importe quel moment du 21e au 28e jour après l'accouchement. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint. |
| Se trouve à plus de 4 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut démarrer les injectables à n'importe quel moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.[†] Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut démarrer les injectables, tel que recommandé pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir p. 89). |

† *Dans les endroits où une visite à 6 semaines après l'accouchement est généralement recommandée et si les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires et certains programmes peuvent donner les injectables lors de la visite à 6 semaines, sans autres preuves qu'elle n'est pas enceinte, si elle n'a pas encore eu son retour de couches.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **N'a pas ses règles** (n'est pas lié à l'accouchement ou à l'allaitement) | • Elle peut démarrer les injectables à n'importe quel moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | • Immédiatement. Si elle commence dans les 7 jours qui suivent une fausse couche ou un avortement, du premier ou du second trimestre, pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après une fausse couche ou un avortement, du premier ou du second trimestre, elle peut commencer les injectables à n'importe quel moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection. |
| **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • Elle peut commencer les injectables le même jour que la PCU. Pas la peine d'attendre les prochaines règles pour avoir l'injection. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection. |

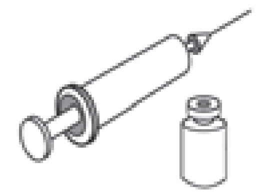
## Donner des conseils sur les effets secondaires

**IMPORTANT :** Des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires doivent être donnés avant d'administrer l'injection. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode.

| | |
|---|---|
| **Décrire les effets secondaires les plus courants** | • Saignements plus légers et moins de jours de saignements, saignements irréguliers et saignements peu fréquents.<br>• Prise de poids, maux de tête, étourdissements, sensibilités aux seins et d'autres effets secondaires possibles. |
| **Expliquer à propos de ces effets secondaires** | • Les effets secondaires ne sont pas un signe de maladie.<br>• Généralement, ils diminuent ou s'arrêtent lors des quelques premiers mois après avoir démarré les injections.<br>• Courants, bien que certaines femmes n'en aient pas.<br>• La cliente peut revenir pour obtenir de l'aide si les effets secondaires la préoccupent. |

# Administration de l'injection

**1. Obtenir une dose d'injectable, une aiguille et une seringue**



- 25 mg de MPA/estradiol cypionate ou 50 mg de NET-EN/estradiol valérate pour les injections intramusculaires et seringue 2ml ou 5ml. (Le NET-EN/estradiol valérate est parfois disponible dans des seringues remplies à l'avance).
- Pour chaque injection, utiliser une seringue et une aiguille jetables auto-bloquante prises dans un nouvel emballage fermé hermétiquement. (Vérifier la date de péremption et voir si l'emballage n'est pas endommagé).

**2. Lavage**

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon si possible.
- Si le site d'injection est sale, le laver avec de l'eau et du savon.
- Pas la peine de passer un antiseptique à l'endroit de l'injection.

**3. Préparer le flacon**

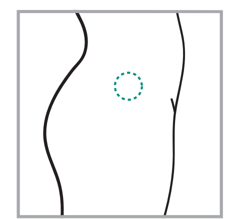
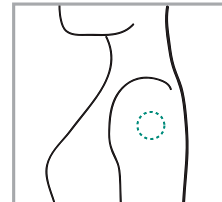
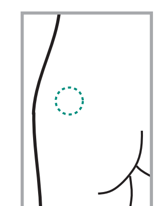
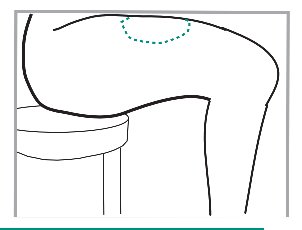
- MPA/estradiol cypionate secouer légèrement le flacon.
- NET-EN/estradiol : il n'est pas nécessaire de secouer le flacon.
- Pas la peine d'essuyer le haut du flacon avec un antiseptique.
- Si le flacon est froid, le réchauffer à température de la peau avant d'administrer l'injection.

**4. Remplir la seringue**

- Percer le haut du flacon avec l'aiguille stérile et remplir la seringue avec la dose correcte. (On peut sauter cette étape si la seringue est remplie à l'avance avec une formulation d'injectables).

**5. Injecter le produit**

- Insérer l'aiguille stérile profondément dans la hanche (muscle ventro-grand fessier), le haut du bras (muscle deltoïde), ou dans les fesses (grand fessier, portion supérieure extérieure), selon l'endroit que préfère la femme. Injecter le contenu de la seringue.
- Ne pas masser le site de l'injection.

**6. Jeter avec précaution les seringues et les aiguilles jetables**

- Ne pas recapuchonner, ne pas plier ou ne pas casser les aiguilles avant de les jeter.
- Les mettre dans un récipient pour objets pointus, qui ne peut pas être percé ou troué.




- Ne pas réutiliser les seringues et les aiguilles jetables. Elles doivent être détruites après une seule utilisation. Elles sont très difficiles à désinfecter à cause de leur forme. Aussi, en les réutilisant, risque-t-on de transmettre des maladies comme le VIH et l'hépatite.
- Si l'on utilise une seringue et une aiguille réutilisables, il faut les stériliser après chaque utilisation (voir Prévention des affections dans le Centre de santé, p. 312).

## Soutenir l'utilisatrice

**Donner des instructions spécifiques**

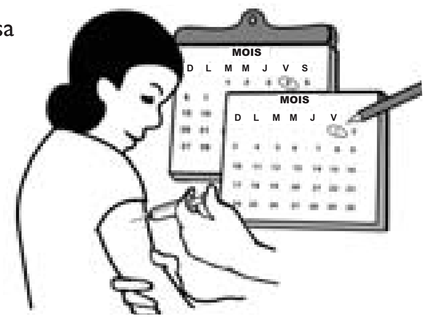
- Lui dire de ne pas masser le site de l'injection.
- Indiquer à la cliente le nom de l'injection et fixer une date pour sa prochaine injection, environ 4 semaines plus tard.

### *"Revenez à n'importe quel moment" : Raisons de revenir avant la prochaine injection.*

Bien indiquer à chaque cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment – par exemple : si elle a des problèmes, des questions, ou si elle souhaite utiliser une autre méthode : elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense qu'elle pourrait être enceinte.

Conseil général pour la santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose ne va pas avec sa santé devrait revenir immédiatement pour obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne réside pas dans la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer ce qu'elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

### *Planifier la prochaine injection*




1. Se mettre d'accord sur une date pour sa prochaine injection dans 4 semaines.
2. Lui demander d'essayer de venir à temps. Elle peut pourtant venir 7 jours avant ou 7 jours plus tard et quand même obtenir l'injection.
3. Elle devrait venir quel que soit son retard pour obtenir sa prochaine injection. Si a plus de 7 jours de retard, elle devra s'abstenir de rapports sexuels ou utiliser des préservatifs, des spermicide ou le retrait jusqu'à ce qu'elle puisse obtenir l'injection. Elle peut également envisager de prendre la pilule contraceptive d'urgence si elle a plus de 7 jours de retard et si elle a eu des rapports sexuels non protégés les 5 derniers jours (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45).

# Aider les utilisatrices continues

## Visites pour injections répétées

1. Demander à la cliente si tout se passe bien avec la méthode et si elle est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de tel ou tel aspect.
2. Lui demander si elle est préoccupée par des changements dans les saignements. Lui donner des informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prise en charge des problèmes, page suivante).
3. Lui faire l'injection. Les injections peuvent être données avec 7 jours d'avance ou de retard.
4. Programmer la prochaine injection. Se mettre d'accord sur une date pour la prochaine injection (dans 4 semaines). Lui rappeler qu'elle devrait essayer de venir à temps mais qu'elle doit revenir de toute manière, même si elle est en retard.
5. Chaque année, contrôler sa tension artérielle si possible (voir Critères de recevabilité médicale, Question 5, p. 86).
6. Demander à une cliente qui utilise depuis longtemps la méthode si elle a de nouveaux problèmes de santé. Traiter les problèmes, tel qu'il convient. Pour les nouveaux problèmes de santé qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode, voir p. 97.
7. Demander à une cliente qui utilise depuis longtemps la méthode si des changements importants sont survenus dans sa vie qui pourraient modifier ses besoins — surtout si elle a l'intention d'avoir un enfant ou si elle est exposée au risque de contracter les IST/VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.

## Que faire pour les injections en retard

- Si la cliente a moins de 7 jours de retard pour une injection de rappel, elle peut recevoir sa prochaine injection. Pas la peine de faire de tests, de bilan et pas la peine de lui remettre une méthode d'appoint.
- Une cliente qui a plus de 7 jours de retard peut recevoir sa prochaine injection si :
  - Elle n'a pas eu de rapports sexuels depuis 7 *jours après* la date à laquelle elle aurait dû recevoir sa dernière injection, ou
  - Si elle a eu une méthode d'appoint ou a pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU) après des rapports sexuels non protégés dans les 7 *jours* qui ont suivi la date à laquelle elle aurait dû recevoir sa dernière injection,

  Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'injection.
- Si la cliente a plus de 7 jours de retard et ne satisfait pas aux critères sus-mentionnés, d'autres mesures peuvent être prises pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir Options supplémentaires pour évaluer la possibilité d'une grossesse, p. 370).
- Discuter des raisons pour lesquelles la cliente est en retard et voir comment trouver des solutions. S'il lui est difficile de revenir à temps, discuter de l'utilisation d'une méthode d'appoint lorsqu'elle est en retard pour sa prochaine injection, ou lui recommander de prendre la PCU ou encore de choisir une autre méthode.

## Prise en charge des problèmes

### *Problèmes signalés comme effets secondaires*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

- Les problèmes avec les effets secondaires influencent la satisfaction des femmes et l'utilisation des injectables. Ils méritent que le prestataire leur accorde l'attention nécessaire. Si la cliente signale des effets secondaires, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils et la traiter, tel qu'il convient.
- Proposer d'aider la cliente à choisir une autre méthode — à présent si elle le souhaite, ou si les problèmes ne peuvent pas être surmontés.

**Saignements irréguliers** (saignements à des moments inattendus qui préoccupent la cliente)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant les injectables progestatifs ont des saignements irréguliers, mais que ce n'est pas dangereux et que, généralement, ils s'atténuent ou cessent après les premiers mois d'utilisation.
- Pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours ou un autre médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), dès que surviennent les saignements irréguliers. Les AINS soulagent les saignements irréguliers lors de l'utilisation d'implants, d'injectables à seuls progestatifs et du DIU et ils peuvent également aider les utilisatrices des injectables mensuels.

- Si les saignements irréguliers continuent ou commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou d'absence de saignements, ou si vous soupçonnez un autre problème dû à d'autres raisons, envisager les conditions sous-jacentes qui ne sont pas liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 97).

### **Saignements abondants ou prolongés** (deux fois plus abondants que d'habitude ou plus longs que 8 jours)

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes utilisant les injectables mensuels ont des saignements abondants ou prolongés. Généralement, ce n'est pas grave et ses saignements s'atténuent ou s'arrêtent après quelques mois.

- Pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours ou un autre médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), dès que surviennent les saignements irréguliers. Les AINS soulagent les saignements irréguliers lors de l'utilisation d'implants, d'injectables à seuls progestatifs et du DIU et ils peuvent également aider les utilisatrices des injectables mensuels.

- Pour aider à prévenir l'anémie, lui recommander de prendre des cachets de fer et lui indiquer qu'il est important de manger des aliments contenant du fer, telles que la viande et la volaille (surtout du foie de bœuf et de poulet), du poisson, des légumes verts et des légumes secs (haricots, lentilles et petits pois).

- Si les saignements abondants ou prolongés continuent ou commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou de mois sans saignements, ou si vous soupçonnez un autre problème pour d'autres raisons, envisager les affections sous-jacentes non liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 97).

### Pas de saignements menstruels

- La rassurer et lui indiquer que la plupart des femmes utilisant les injectables mensuels n'ont plus leurs règles après un certain temps. Ce n'est pas dangereux. Il n'est pas nécessaire d'avoir des saignements chaque mois. C'est analogue à l'absence de règles lors d'une grossesse. Elle n'est pas stérile. Le sang ne s'accumule pas dans son corps. (Certaines femmes sont heureuses de ne pas avoir leurs règles chaque mois).

### Prise de poids

- Revoir le régime alimentaire et lui donner les conseils nécessaires.

### **Maux de tête ordinaires** (qui ne sont pas dus à des migraines)

- Proposer de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200–400 mg), du paracétamol (325–1000 mg) ou autre médicament contre la douleur.
- Des maux de tête qui empirent ou se présentent plus souvent pendant l'utilisation des injectables doivent être évalués.

### Seins endoloris

- Lui recommander de porter un soutien-gorge rembourré (surtout lors d'activités physiques demandant un effort considérable et lorsqu'elle dort).

- Essayer des compresses chaudes ou froides.

- Recommander de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200–400 mg), du paracétamol (325–1000 mg), ou autre médicament contre la douleur.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

**Etourdissements**

- Envisager des remèdes disponibles localement.

## *Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

**Saignements vaginaux inexpliqués** (qui suggèrent une affection médicale qui n'est pas liée à la méthode) ou saignements abondants ou prolongés

- Orienter vers les services compétents ou évaluer en fonction des antécédents et de l'examen gynécologique. Diagnostiquer et traiter, tel qu'il convient.
- Elle peut continuer à utiliser les injectables mensuels pendant que son état est évalué.
- Si les saignements sont causés par une infection sexuellement transmissible ou une inflammation pelvienne, elle peut continuer à utiliser les injectables mensuels pendant le traitement.

**Migraines** (voir Migraines et lumières vives, p. 368)

- Quel que soit son âge, une femme peut avoir des migraines, avec lumières vives ou non, des migraines qui s'aggravent pendant qu'elle utilise les injectables mensuels et elle devrait donc arrêter les injectables.
- L'aider à choisir une méthode sans œstrogène.

**Circonstances qui l'empêchent de marcher pendant une semaine ou plus**

- Si elle a subi une intervention chirurgicale ou si elle a le pied dans le plâtre, ou encore si elle est incapable de se déplacer pendant plusieurs semaines quelle que soit la raison, elle devrait :
  - Indiquer à ses médecins qu'elle utilise des injectables mensuels.
  - Arrêter d'utiliser les injectables et utiliser une méthode d'appoint pendant cette période.
  - Recommencer les injectables 2 semaines après qu'elle peut à nouveau se déplacer.

**Certaines affections graves** (attaque cardiaque soupçonnée ou maladie soupçonnée du foie, tension artérielle élevée, caillots sanguins dans les veines profondes des jambes ou dans les poumons, accident cérébral, cancer du sein, lésions causées par le diabète aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux ou encore maladie de la vésicule biliaire). Voir Signes et symptômes d'affections médicales graves, p. 320.

- Lui dire de ne pas prendre la prochaine injection.
- Lui remettre une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que son état soit évalué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins si elle n'est pas encore sous traitement.

## Grossesse soupçonnée

- Faire un test de grossesse.
- Lui dire d'arrêter de prendre les injectables si la grossesse est confirmée.
- On ne connaît aucun risque pour le fœtus conçu pendant qu'une femme prend des injectables (voir Question 3, p. 98).

# Questions et réponses sur les injectables mensuels

### 1. Quelle est la différence entre les injectables mensuels et le DMPA ou NET-EN ?

La principale différence entre les injectables mensuels et le DMPA ou NET-EN, est qu'un injectable mensuel comprend un œstrogène et un progestatif, c'est donc une méthode combinée. Par contre, le DMPA et le NET-EN ne contiennent qu'un progestatif. De plus, les injectables mensuels contiennent moins de progestatif. Ces différences entraînent des saignements plus réguliers et moins de problèmes de saignement qu'avec le DMPA ou le NET-EN. Les injectables mensuels demandent que soit faite une injection tous les mois alors que le NET-EN est injecté tous les 2 mois, et le DMPA tous les 3 mois.

### 2. Est-ce que les injectables mensuels agissent comme des contraceptifs oraux combinés?

En grande partie, oui. Les injectables mensuels (également appelés contraceptifs injectables combinés) sont analogues aux contraceptifs oraux combinés (COC). Moins d'études à long terme ont été faites sur les injectables mensuels, bien que les chercheurs pensent que la plupart des résultats qui s'appliquent aux COC peuvent également s'appliquer aux injectables mensuels. Par ailleurs, les injectables mensuels ne passent pas d'abord par le foie, parce qu'ils ne sont pas pris par voie buccale comme les COC. Des études à court terme ont montré que les injectables mensuels ont moins d'effets secondaires que les COC sur la tension artérielle, la coagulation du sang, la dégradation des substances grasses (métabolisme des lipides) et la fonction du foie. Des études à long terme sont en train d'être faites sur les risques pour la santé et les avantages des injectables mensuels et la fonction hépatique.

### 3. Est-ce que les injectables mensuels provoquent des malformations congénitales ? Est-ce que le fœtus pourrait souffrir si une femme prend accidentellement les injectables mensuels alors qu'elle est enceinte ?

Non. Il existe de solides preuves provenant d'études sur d'autres méthodes hormonales qui montrent que la contraception hormonale ne provoque pas de malformations congénitales et ne présente pas de risque pour le fœtus, si une femme tombe enceinte alors qu'elle utilise les injectables mensuels ou commence accidentellement les injectables alors qu'elle est déjà enceinte.





**4. Est-ce que les injectables mensuels peuvent provoquer un avortement ?**

Non. La recherche sur les injectables constate qu'ils n'interrompent pas une grossesse existante. Ils ne doivent pas être utilisés pour essayer de provoquer un avortement. En effet, ils ne seront pas efficaces à cette fin.

**5. Est-ce que les dates des injections répétées sont fonction du début des prochaines règles ?**

Non. Certains prestataires pensent que la prochaine injection ne devrait être donnée que lorsque commencent les prochaines règles. Mais les excès de saignements ne doivent pas guider le programme des injections. Une femme doit recevoir l'injection toutes les 4 semaines. Le moment des injections ne doit pas dépendre du moment des règles.

**6. Est-ce que les injectables mensuels peuvent être utilisés pour provoquer un saignement menstruel ?**

Non. Une femme peut avoir un certain saignement vaginal (saignement de retrait) suite à une injection, mais rien ne nous montre qu'en donnant une simple injection à une femme qui a des saignements irréguliers entraînera des règles régulières les mois prochains. De plus, on ne peut pas provoquer un avortement en donnant une injection à une femme enceinte.

**7. Est-ce que les femmes qui fument peuvent utiliser sans danger les injectables mensuels?**

Une femme de moins de 35 ans qui fume un certain nombre de cigarettes et les femmes de 35 ans et plus qui fument moins de 15 cigarettes par jour peuvent utiliser sans risques les injectables mensuels. (Par contre, les femmes de 35 ans et plus qui fument plus de 15 cigarettes par jour ne devraient pas utiliser des injectables). Les femmes de 35 ans et plus qui fument plus de 15 cigarettes par jour devraient choisir une méthode sans œstrogène et les injectables à seuls progestatifs, si disponible. Il faudra vivement recommander d'arrêter de fumer à toutes ces femmes.

### 8. Est-ce que les injectables mensuels provoquent des sautes d'humeur ou changent la libido ?

En général, non. Certaines femmes utilisant les injectables mensuels se plaignent de cela. Par contre, la vaste majorité des utilisatrices des injectables ne signalent pas de tels changements et certaines indiquent même de meilleures humeurs et une meilleure libido. Il est difficile d'attribuer ces changements aux injectables mensuels ou à d'autres raisons. Rien ne nous prouve que les injectables mensuels peuvent affecter le comportement sexuel des femmes.

### 9. Est-ce que les femmes avec des varices aux veines peuvent utiliser les injectables mensuels ?

Oui. Les injectables mensuels ne présentent pas de risques pour les femmes qui ont des varices. Les varices sont des vaisseaux sanguins élargis, proches de la surface de la peau. Elles ne sont pas dangereuses. Ce ne sont pas des caillots sanguins, car il ne s'agit pas de veines profondes des jambes où un caillot sanguin peut être dangereux (thrombose veineuse profonde). Une femme qui a ou qui a déjà eu une thrombose veineuse profonde ne devrait pas utiliser les injectables mensuels.

### 10. Est-ce que les injectables mensuels rendent une femme stérile ?

Non. Il peut y avoir un certain retard dans le retour de la fécondité après avoir arrêté les injectables mensuels, mais avec le temps, la femme pourra tomber enceinte comme avant, bien que la fécondité diminue lorsqu'une femme vieillit. Le mode de saignement qu'avait une femme avant d'utiliser les injectables mensuels revient généralement quelques mois après la dernière injection. Certaines femmes devront attendre quelques mois avant que ne revienne leur mode de saignements habituels.

### 11. Combien de temps faut-il attendre pour tomber enceinte après avoir arrêté les injectables mensuels ?

Les femmes qui arrêtent d'utiliser les injectables mensuels devront attendre en moyenne un mois de plus pour tomber enceintes que les femmes qui ont utilisé d'autres méthodes. Cela signifie qu'elles tomberont enceintes en moyenne 5 mois après leur dernière injection. Ce sont là des moyennes. Une femme ne devrait pas se préoccuper si elle n'est toujours pas tombée enceinte même après 12 mois suivant l'arrêt des injectables. Après avoir arrêté les injectables mensuels, une femme peut avoir son ovulation avant même que ne reviennent ses règles et, par conséquent, elle peut tomber enceinte. Si elle souhaite continuer à éviter une grossesse, elle doit commencer une autre méthode avant que ne recommencent ses règles.

### 12. Que se passe-t-il si une femme vient en retard pour sa prochaine injection ?

D'après les directives de l'OMS, on administre à la femme sa prochaine injection mensuelle si elle a jusqu'à 7 jours de retard, sans qu'il faille faire un test de grossesse. Par contre, certaines femmes reviendront avec plus de retard encore pour leur injection. Des prestataires peuvent utiliser Options supplémentaires pour évaluer la possibilité d'une grossesse (p. 370) si une utilisatrice des injectables a plus de 7 jours de retard pour son injection répétée.

# Patch combiné



## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Demande qu'elle porte un petit patch adhésif.** Il est porté sur le corps, jour et nuit. Un nouveau patch est mis à chaque semaine pendant 3 semaines, suivi par une semaine sans patch.
- **Remplacer à temps chaque patch pour une plus grande efficacité.**
- **Les changements de saignements sont courants mais ne sont dangereux.** Généralement, des saignements irréguliers pendant les quelques premiers mois, et ensuite des saignements plus légers, plus réguliers.

## Qu'est-ce que le patch combiné ?

- Un petit carré fin, de plastique souple porté sur le corps.
- Libère continuellement 2 hormones – un progestatif et un œstrogène, analogues aux hormones naturelles que contient le corps d'une femme : la progestérone et l'œstrogène. Les hormones sont libérées directement par l'intermédiaire de la peau dans les vaisseaux sanguins.
- Un nouveau patch est porté chaque semaine pendant 3 semaines et ensuite pas de patch pendant la 4e semaine. Pendant cette 4e semaine, la femme aura ses règles.
- Egalement appelé Ortho Evra et Evra.
- Agit essentiellement en empêchant l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires).

## Quelle est son efficacité ?




*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* le risque de grossesse est le plus élevé lorsqu'une femme a du retard pour remplacer le patch.

- Le patch combiné est nouveau, et la recherche sur son efficacité reste encore limitée. Les taux d'efficacité dans le cadre d'essais cliniques sur le patch semblent indiquer qu'il pourrait être plus efficace que les contraceptifs oraux combinés, tel qu'ils sont utilisés couramment et en cas d'utilisation constante et correcte (voir Contraceptifs oraux combinés, quelle est leur efficacité ? p. 1).

- Les taux de grossesse peuvent être légèrement plus élevés chez les femmes qui pèse 90 kg ou plus.

*Retour de la fécondité après l'arrêt de l'utilisation du patch :* pas de retard

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles :* aucune

# Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

## *Effets secondaires*

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- Irritation de la peau ou éruption cutanée à l'endroit où le patch est appliqué
- Changement dans les saignements menstruels :
  - Saignements plus légers et moins de jours de saignements
  - Saignements irréguliers
  - Saignements prolongés
  - Aucun saignement menstruel
- Maux de tête
- Nausées
- Vomissements
- Sensibilités et douleurs aux seins
- Douleurs abdominales
- Symptômes qui ressemblent aux symptômes de la grippe/infection des voies respiratoires supérieures
- Irritations, rougeurs ou inflammations du vagin (vaginites)



## *Avantages connus pour la santé et risques connus pour la santé*

Les études à long terme sur le patch sont limitées, bien que les chercheurs pensent que ces avantages et risques pour la santé ressemblent à ceux des contraceptifs oraux combinés (voir Contraceptifs oraux combinés, avantages pour la santé et risques pour la santé, p. 3).

> Les critères de recevabilité médicale (voir p. 6), les directives sur le moment où elle peut commencer (voir p. 10), et le soutien aux utilisatrices continues (voir p. 16) sont les mêmes pour le patch combiné que pour les contraceptifs oraux combinés.

# Fourniture du patch combiné

## Expliquer comment l'utiliser

| | |
|---|---|
| **Expliquer comment retirer le patch de la pochette et enlever le fond** | • Expliquer qu'elle doit ouvrir la pochette en déchirant tout le long du rebord.<br>• Ensuite elle doit retirer le patch et le décoller sans toucher la surface qui colle. Lui montrer où et comment appliquer le patch. |
| **Expliquer où et comment elle peut l'appliquer** | • Expliquer qu'elle peut l'appliquer à la partie supérieure du bras, sur de dos, sur l'estomac, sur l'abdomen ou sur les fesses, là ou c'est propre et sec, mais pas sur les seins.<br>• Elle doit presser la partie médicamentée qui colle en appuyant pendant 10 secondes avec ses doigts. Elle doit presser le long du patch avec ses doigts pour être sûre qu'il adhère bien.<br>• Le patch reste en place pendant le travail, les exercices, lorsqu'elle nage et prend un bain. |
| **Elle doit remplacer le patch chaque semaine pendant 3 semaines consécutives** | • Elle devrait appliquer chaque nouveau patch le même jour de chaque semaine – le "jour du remplacement du patch". Par exemple, si elle met le premier patch un dimanche, tous les autres patchs seront appliqués un dimanche.<br>• Expliquer que, pour éviter l'irritation, elle ne devrait pas appliquer le nouveau patch au même endroit de la peau où avait été posé le patch précédent. |
| **Elle ne doit pas porter de patch la quatrième semaine** | • Elle aura probablement ses règles cette semaine-là. |
| **Après la semaine sans patch, elle devrait appliquer un nouveau patch** | • Elle ne devrait jamais rester plus de 7 jours sans porter un patch. En effet, elle s'exposerait à un risque de grossesse. |

## Soutenir l'utilisatrice

### *Instructions en cas de retrait ou de remplacement tardif*

**Si elle a oublié d'appliquer un nouveau patch au début d'un cycle du patch** (pendant la première semaine) **?**

- Appliquer un nouveau patch aussi rapidement que possible.
- Noter ce jour de la semaine comme le nouveau jour du changement du patch.
- Utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours de l'utilisation du patch.
- De plus, si le nouveau patch a été appliqué avec 3 jours ou plus de retard (elle n'a pas porté de patch pendant 10 jours ou plus de suite) et si elle a eu des rapports sexuels non protégés ces 5 derniers jours, elle peut envisager de prendre la pilule contraceptive d'urgence. (Voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45).

**Si elle a oublié de remplacer le patch au milieu du cycle du patch** (pendant la 2$^{e}$ ou la 3$^{e}$ semaines) **?**

- Si elle a 1 ou 2 jours de retard (jusqu'à 48 heures) :
  - Appliquer un nouveau patch dès qu'elle s'en souvient
  - Garder le même jour pour le remplacement du patch
  - Pas besoin d'une méthode d'appoint
- Si elle a plus de 2 jours de retard (plus de 48 heures) :
  - Arrêter le cycle actuel et commencer un nouveau cycle de 4 semaines en appliquant immédiatement un nouveau patch
  - Noter ce jour de la semaine comme le nouveau jour pour le remplacement du patch
  - Utiliser une méthode d'appoint pour les 7 premiers jours de l'utilisation du patch

**Si elle a oublié de retirer le patch à la fin du cycle du patch** (4$^{e}$ semaine) **?**

- Retirer le patch.
- Démarrer le nouveau cycle le jour habituel pour le remplacement du patch.
- Pas besoin d'une méthode d'appoint.

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

# Anneau vaginal combiné



## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Demande qu'elle porte un anneau souple dans le vagin.** Il est gardé en place, tout le temps, tous les jours et toutes les nuits pendant 3 semaines, suivi par une semaine sans anneau.
- **Commencer chaque nouvel anneau à temps, pour un maximum d'efficacité.**
- **Les changements dans les saignements sont courants mais ne sont dangereux.** Généralement, des saignements irréguliers pendant les quelques premiers mois, et ensuite des saignements plus légers et plus réguliers.

## Qu'est-ce que l'anneau vaginal combiné ?

- Un anneau souple, placé dans le vagin.
- Libère continuellement 2 hormones – un progestatif et un œstrogène, analogues aux hormones naturelles que contient le corps d'une femme : la progestérone et l'œstrogène. Les hormones sont absorbées par le biais de la paroi du vagin, directement dans les vaisseaux sanguins.
- L'anneau est gardé en place pendant 3 semaines et ensuite, il est retiré pendant la 4$^{e}$ semaine. Pendant cette 4$^{e}$ semaine, la femme aura ses règles.
- Egalement appelé NuvaRing.
- Agit essentiellement en empêchant l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires).

## Quelle est son efficacité ?




*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* le risque de grossesse est le plus élevé lorsqu'une femme commence avec du retard un nouvel anneau.

- L'anneau vaginal combiné est nouveau, et la recherche sur son efficacité reste limitée. Les taux d'efficacité dans les d'essais cliniques sur l'anneau vaginal suggèrent pourtant qu'il pourrait être plus efficace que les contraceptifs oraux combinés, tels qu'ils sont utilisés couramment et d'utilisation régulière et correcte (voir Contraceptifs oraux combinés, quelle est leur efficacité ? p. 1).

*Retour de la fécondité après l'arrêt de l'anneau :* pas de retard

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles :* aucune

## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

### *Effets secondaires*

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- Changement dans les saignements menstruels, y compris :
  - Saignements plus légers et moins de jours de saignements
  - Saignements irréguliers
  - Saignements peu fréquents
  - Saignements prolongés
  - Aucun saignement menstruel
- Maux de tête
- Irritations, rougeurs ou inflammations du vagin (vaginites)
- Pertes vaginales blanchâtres

### *Avantages connus pour la santé et risques connus pour la santé*

Les études à long terme sur l'anneau vaginal sont limitées, bien que les chercheurs pensent que ces avantages et risques pour la santé sont analogues à ceux des contraceptifs oraux combinés (voir Contraceptifs oraux combinés, avantages pour la santé et risques pour la santé, p. 3).

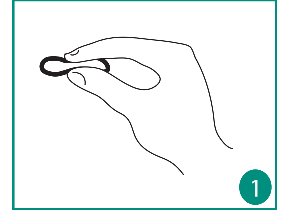
> Les critères de recevabilité médicale (voir p. 6), les directives sur le moment où elle doit commencer (voir p. 10), et le soutien aux utilisatrices continues (voir p. 16) sont les mêmes pour l'anneau combiné que pour les contraceptifs oraux combinés.

# Fourniture de l'anneau vaginal combiné

## Expliquer comment l'utiliser

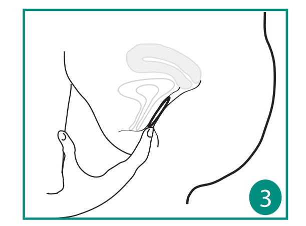
**Expliquer comment insérer l'anneau**

- Elle choisit la position qui est la plus confortable, par exemple, se mettre debout avec une jambe surélevée, s'accroupir ou se coucher sur le dos.
- Elle doit presser ensemble les côtés opposés de l'anneau et insérer doucement l'anneau plié dans le vagin.
- La position exacte n'est pas importante, mais en l'insérant profondément, il restera en place et elle ne le sentira probablement pas. Les muscles du vagin gardent l'anneau en place.










**Expliquer que l'anneau doit rester en place pendant 3 semaines**

- Elle devra garder l'anneau en place tout le temps, chaque jour et chaque nuit pendant 3 semaines.
- Elle peut retirer l'anneau à la fin de la 3e semaine et le jeter dans un récipient à déchets.

**Elle devrait retirer l'anneau pendant la 4e semaine**

- Pour retirer l'anneau, elle insère son index à l'intérieur, en position de crochet, ou alors attrape l'anneau entre l'index et le majeur et le retire.
- Elle aura probablement ses règles cette semaine-là.
- Si elle oublie de retirer l'anneau pendant la 4e semaine, aucune action spéciale n'est nécessaire.

**L'anneau ne doit pas être retiré pendant plus de 3 heures jusqu'à la 4e semaine**

- L'anneau peut être retiré pour des rapports sexuels, pour se nettoyer ou autres raisons, bien qu'il ne soit pas nécessaire de le faire.
- Si l'anneau glisse, elle doit le rincer dans de l'eau propre et le réinsérer immédiatement.

## Soutenir l'utilisatrice

### *Instructions en cas de retrait tardif ou de remplacement*

| | |
|---|---|
| **A laissé l'anneau en-dehors durant plus de 3 heures pendant la 1ère ou la 2e semaine ?** | • Remettre l'anneau dès que possible.<br>• Utiliser une méthode d'appoint* pendant les 7 prochains jours. |
| **A laissé l'anneau en-dehors pendant plus de 3 heures pendant la 3e semaine ?** | • Arrêter le cycle actuel et jeter l'anneau.<br>• Insérer un nouvel anneau immédiatement et le garder en place pendant 3 semaines, commençant ainsi un nouveau cycle. Utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 jours suivants.<br>(Autre possibilité : si l'anneau a été utilisé continuellement et correctement pendant les 7 derniers jours : ne pas réinsérer l'anneau et faire des 7 jours qui viennent la semaine sans anneau. Après ces 7 jours, insérer un nouvel anneau, en commençant ainsi un nouveau cycle et le laisser en place pendant 3 semaines. Utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours avec le nouvel anneau). |
| **A attendu plus de 7 jours avant d'insérer un nouvel anneau ou a gardé l'anneau en place pendant plus de 4 semaines ?** | • Insérer un nouvel anneau, dès que possible et commencer un nouveau cycle de 4 semaines. Utiliser une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours de l'utilisation de l'anneau.<br>• De plus, si un nouvel anneau a été inséré avec 3 jours de retard ou plus (l'anneau était au dehors pendant 10 jours consécutifs ou plus) et en cas de rapports sexuels non protégés les 5 derniers jours, envisager la contraception d'urgence (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45). |

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

CHAPITRE 8

# Les implants

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

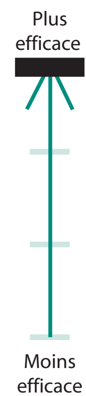
- **Les implants sont des petits bâtonnets ou capsules souples** qui sont placés juste sous la peau à la partie supérieure du bras.
- **Confèrent une protection à long terme contre la grossesse.** Très efficaces pendant 3 à 7 ans, suivant le type d'implant, réversibles immédiatement.
- **Un prestataire spécialement formé doit les insérer et les retirer.** Une femme ne peut pas par elle-même commencer ou arrêter les implants.
- **Rien à se rappeler, une fois que les implants sont en place.**
- **Les changements de saignement sont courants mais ne sont pas dangereux.** Généralement, des saignements irréguliers prolongés pendant la première année et ensuite, des saignements plus légers, plus réguliers, ou des saignements peu fréquents.



## Que sont les implants ?

- De petits bâtonnets ou capsules en plastique, chacune de la taille d'une allumette, qui libèrent un progestatif analogue à la progestérone qui est une hormone naturelle dans le corps d'une femme.
- Un prestataire de soins qui a suivi une formation spéciale exécute une petite intervention chirurgicale pour placer les implants sous la peau, sur la face intérieure du bras.
- Ne contiennent pas d'œstrogène et peuvent donc être utilisés par des femmes qui allaitent et par des femmes qui ne peuvent pas utiliser des méthodes avec des oestrogènes.
- Il existe de nombreux types d'implants :
  - Jadelle : 2 bâtonnets efficaces pendant 5 ans
  - Implanon : 1 bâtonnet efficace pendant 3 ans (des études sont en cours pour voir s'ils durent 4 ans)
  - Norplant : 6 capsules, 5 années d'utilisation sur l'étiquette (des études à grande échelle ont constaté qu'il est efficace pendant 7 ans)
  - Sonoplant : 2 bâtonnets efficaces pendant 5 ans.
- Agissent essentiellement en :
  - Epaississant la glaire cervicale (cela empêche les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule)
  - Interférant avec le cycle menstruel, ils empêchent l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires)

## Quelle est leur efficacité ?




*Une des méthodes à long terme les plus efficaces :*

- Moins d'une grossesse pour 100 femmes utilisant les implants pendant la première année (5 pour 10 000 femmes) cela signifie que 9 995 femmes sur 10 000 utilisant des implants ne tomberont pas enceintes.
- Un petit risque de grossesse subsiste au-delà de la première année d'utilisation et continue aussi longtemps que la femme utilise les implants.
  - Sur 5 années d'utilisation de Jadelle : environ une grossesse pour 100 femmes
  - Sur 3 années d'utilisation d'Implanon : moins d'une grossesse pour 100 femmes (1 pour 1 000 femmes)
  - Sur 7 années d'utilisation du Norplant : environ 2 grossesses pour 100 femmes.
- Les implants Jadelle et Norplant commencent à perdre de leur efficacité plus rapidement pour les femmes qui pèsent davantage :
  - Pour les femmes pesant 80 kg ou plus, Jadelle et Norplant deviennent moins efficaces après 4 années d'utilisation.
  - Pour les femmes pesant entre 70 et 79 kg, Norplant devient moins efficace après 5 années d'utilisation.
  - Ces utilisatrices devraient faire remplacer leurs implants plus rapidement (voir question 9, p. 130).

*Retour de la fécondité après que les implants sont retirés :* pas de retard

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

### Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient les implants

- L'utilisatrice ne fait rien, une fois qu'ils sont insérés
- Protection très efficace contre la grossesse
- Durent longtemps
- N'interfèrent pas avec les relations sexuelle

# Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé et complications

## *Effets secondaires* (voir Prise en charge des problèmes, p. 124)

Certaines utilisatrices mentionnent les problèmes suivants :

- Changements dans les modes de saignement :

  Premiers mois :

  – Saignements plus légers et moins de jours de saignements
  – Saignements irréguliers qui durent plus de 8 jours
  – Saignements peu fréquents
  – Pas de saignement mensuel

  Après environ 1 année :

  – Saignements plus légers et moins de jours de saignements
  – Saignements irréguliers
  – Saignements peu fréquents

  Les utilisatrices d'Implanon sont plus susceptibles d'avoir des saignements peu fréquents ou pas de saignement menstruel du tout, que des saignements irréguliers qui durent plus de 8 jours.

- Maux de tête
- Douleurs abdominales
- Acné (peu s'améliorer ou empirer)
- Changement de poids
- Seins endoloris
- Etourdissements
- Sautes d'humeur
- Nausées

Autres changements physiques possibles :

- Follicules ovariens élargies

## *Avantages connus pour la santé*

Aident à protéger contre :

- Les risques de grossesse
- Les inflammations pelviennes symptomatiques

Peut aider à protéger contre :

- L'anémie ferriprive

## *Risques connus pour la santé*

Aucun

## Complications

Peu courantes :

- Infections à l'endroit de l'insertion (la plupart des infections surviennent lors des 2 premiers mois après l'insertion)
- Retraits difficiles (rares s'ils sont bien insérés et si le prestataire est compétent lorsqu'ils doivent être retirés)

Rares :

- Expulsions des implants (les expulsions surviennent le plus souvent lors des 4 premiers mois après l'insertion)

## Corriger les conceptions erronées (voir également Questions et Réponses, p. 128)

Les implants :

- Cessent d'agir une fois qu'ils sont retirés. Leurs hormones ne restent pas dans le corps d'une femme.
- Peuvent faire cesser les saignements menstruels, mais ce n'est pas dangereux. C'est comme l'absence de règles pendant la grossesse. Le sang ne s'accumule pas dans le corps d'une femme.
- Ne rendent pas une femme stérile.
- Ne se déplacent pas dans d'autres parties du corps.
- Réduisent nettement le risque d'une grossesse ectopique.



# Qui peut utiliser et qui ne peut pas utiliser les implants

## Sans risques et conviennent à pratiquement toutes les femmes

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser les implants efficacement et sans risques, y compris les femmes qui :

- Ont ou n'ont pas d'enfants
- Ne sont pas mariées
- Quel que soit leur âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans
- Qui viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche
- Fument n'importe quel nombre de cigarettes par jour et peu importel'âge de la femme
- Qui allaitent (Elles peuvent commencer dès 6 semaines après l'accouchement)
- Souffrent d'anémie actuellement ou ont été anémiques dans le passé
- Ont des varices
- Sont infectées par le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement antirétroviral (voir Implants pour les femmes vivant avec le VIH, p. 115)

Les femmes peuvent commencer à utiliser les implants :

- Sans examen gynécologique
- Sans test de sang ou autre test routinier de laboratoire
- Sans dépistage du cancer du col
- Sans examen des seins
- Même lorsqu'une femme n'a pas ses règles en ce moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir Liste de vérification de la grossesse, p. 372)



### Critères de recevabilité médicale pour

# Les implants

Poser les questions suivantes à la cliente à propos de ces pathologies médicales connues. Les examens et les tests ne sont pas nécessaires. Si elle répond "non" à toutes les questions, elle peut commencer à utiliser les implants si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à une question, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut quand même commencer les implants.

**1. Est-ce que vous allaitez un bébé de moins de 6 semaines ?**

❑ NON ❑ **OUI** Elle peut commencer à utiliser les implants dès 6 semaines après l'accouchement. (Voir Allaitement complet ou presque complet ou Allaitement partiel, p. 117).

**2. Est-ce que vous avez une grave cirrhose du foie, une infection du foie ou une tumeur aufoie ? (Est-ce que ses yeux ou sa peau sont anormalement jaunes ? [Signes de aunisse])**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique une maladie grave et active du foie (jaunisse, hépatite active, grave cirrhose, tumeur du foie), ne pas insérer les implants. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

**3. Avez-vous de graves problèmes actuels avec un caillot de sang dans vos jambes ou aux poumons ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique qu'elle a un caillot de sang (sauf les caillots superficiels), ne pas lui insérer les implants. L'aider à choisir une méthode sans hormones

**4. Avez des saignements vaginaux qui sont inhabituels pour vous ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a des saignements vaginaux inexpliqués qui pourraient indiquer une grossesse ou une affection médicale sous-jacente, les implants risquent de rendre plus difficiles le diagnostic et le traitement. L'aider à choisir une méthode qu'elle pourra utiliser pendant qu'elle est évaluée et traitée (mais pas les injectables à progestatifs seuls ou le DIU au cuivre ou hormonal). Après le traitement, faire à nouveau une évaluation pour l'utilisation des implants.

**5. Prenez-vous des médicaments contre les convulsions ? Est-ce que vous prenez de la rifampicine pour la tuberculose ou autres maladies ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, de la topiramate, ou de la rifampicine, ne pas lui insérer les implants. L'aider à choisir une autre méthode mais pas les contraceptifs oraux combinés ou la pilule à seuls progestatifs.

**6. Avez-vous un cancer du sein ou avez-vous déjà eu un cancer du sein ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas lui insérer les implants. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

N'oubliez pas d'expliquer les avantages et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'utilisera la cliente. Indiquer également les conditions faisant que la méthode n'est guère recommandée dans son cas particulier.



## Faire appel au jugement clinique dans les cas spéciaux

Généralement, une femme souffrant de l'une des affections mensuelles ci-après ne devrait pas utiliser d'implants. Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, lorsque d'autres méthodes plus adéquates ne sont pas disponibles ou ne sont pas acceptables pour elle, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état et la situation de la femme en question et décider si elle peut, ou non, utiliser les implants. Le prestataire doit envisager la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle a accès au suivi.

- Allaite et se trouve à moins de 6 semaines depuis l'accouchement
- A actuellement un caillot de sang dans les veines profondes des jambes ou des poumons
- A des saignements vaginaux inexpliqués avant le bilan pour le dépistage d'une éventuelle grave affection sous-jacente
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans mais qui n'a pas récidivé
- Souffre d'une grave maladie, infection ou tumeur au foie
- Prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, de la topiramate, ou de la rifampicine. Une méthode contraceptive d'appoint devrait également être utilisée, puisque ces médicaments réduisent l'efficacité des implants

## Implants pour les femmes vivant avec le VIH

- Les femmes qui sont infectées par le VIH, qui sont atteintes du sida ou qui suivent un traitement antirétroviral (ARV) peuvent utiliser sans risques les implants.
- Recommander vivement à ces femmes d'utiliser les préservatifs avec les implants. S'ils sont utilisés régulièrement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d'autres IST. Les préservatifs confèrent également une protection contraceptive supplémentaire aux femmes qui suivent un traitement à base d'ARV. On ne sait pas vraiment si les médicaments ARV réduisent l'efficacité des implants.

# Fourniture des implants

## Quand commencer

**IMPORTANT :** Une femme peut commencer à utiliser les implants à n'importe quel moment, si l'on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, on peut utiliser la Liste de vérification de la grossesse (voir p. 372).

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A ses cycles menstruels ou a arrêté une méthode non hormonale** | **A n'importe quel moment du mois**<br>• Si elle commence dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles (5 jours pour l'Implanon), pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après le début de ses règles (plus de 5 jours pour l'Implanon), elle peut avoir les implants insérés à n'importe quel moment, si elle est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours après l'insertion.<br>• Si elle utilisait auparavant un DIU, elle peut avoir les implants insérés immédiatement (voir DIU au cuivre, Passer du DIU à une autre méthode, p. 148). |
| **Quand elle arrête une méthode hormonale** | • Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale régulièrement et correctement et si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pas la peine d'attendre les prochaines règles. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle utilisait les injectables, elle peut avoir les implants insérés au moment où elle aurait dû recevoir l'injection répétée. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint. |

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet** | |
| Se trouve à moins de 6 mois après l'accouchement | • Si elle a accouché il y a moins de 6 semaines, remettre l'insertion jusqu'à 6 semaines au moins après l'accouchement.<br>• Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir les implants insérés à n'importe quel moment, entre 6 semaines et 6 mois. Point besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir les implants insérés, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page précédente). |
| Se trouve à plus de 6 mois après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir les implants insérés à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'insertion.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir les implants insérés, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page précédente). |
| **Pratique l'allaitement maternel partiel** | |
| Se trouve à moins de 6 semaines après l'accouchement | • Remettre à plus tard l'insertion des implants jusqu'à ce que 6 semaines au moins se soient écoulées après l'accouchement. |
| Se trouve à plus de 6 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir les implants insérés à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'insertion.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir les implants insérés, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page précédente). |
| **N'allaite pas** | |
| Se trouve à moins de 4 semaines après l'accouchement | • Les implants peuvent être insérés à n'importe quel moment. Point besoin d'une méthode d'appoint. |

† *Dans les endroits où une visite à 6 semaines après l'accouchement est généralement recommandée et si les autres possibilités pour obtenir des contraceptifs sont limités, certains prestataires et certains programmes peuvent donner les injectables, lors de la visite à 6 semaines, sans autres preuves qu'elle n'est pas enceinte, si elle n'a pas encore eu son retour de couches.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
| --- | --- |
| **N'allaite pas** (suite) | |
| Se trouve à plus de 4 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir les implants insérés à n'importe quel moment, si l'on est raisonnable certain qu'elle n'est pas enceinte.† Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après l'insertion.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir les implants insérés, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir p. 116). |
| **N'a pas ses règles** (n'est pas lié à l'accouchement ou à l'allaitement) | • Elle peut avoir les implants insérés à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pour les 7 premiers jours après l'insertion. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | • Immédiatement. Si les implants sont insérés dans les 7 jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, elle peut avoir les implants insérés à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours suivant l'insertion. |
| **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • Les implants peuvent être insérés dans les 7 jours qui suivent le début des prochaines règles (dans les 5 jours pour Implanon) ou à n'importe quel autre moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Lui donner une méthode d'appoint ou des contraceptifs oraux qu'elle peut commencer à prendre le jour après qu'elle termine de prendre la PCU, qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que les implants soient insérés. |

† *Dans les endroits où une visite à 6 semaines après l'accouchement est généralement recommandée et si les autres possibilités d'obtenir des contraceptifs sont limitées, certains prestataires et certains programmes peuvent donner les injectables lors de la visite à 6 semaines, sans autre information montrant que la femme n'est pas enceinte, si elle n'a pas encore eu son retour de couches.*

# Donner des conseils sur les effets secondaires

**IMPORTANT :** Des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires doivent être donnés avant d'insérer les implants. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode.

**Décrire les effets secondaires les plus courants**

- Changements dans les modes de saignements :
  - Saignements irréguliers qui durent plus de 8 jours, lors de la première année d'utilisation.
  - Saignements réguliers, peu fréquents ou pas de saignements du tout par la suite.
- Maux de tête, douleurs abdominales, seins endoloris, et peut-être d'autres effets secondaires.

**Expliquer à propos de ces effets secondaires**

- Les effets secondaires ne sont pas un signe de maladie.
- La plupart des effets secondaires s'atténuent généralement, ou cessent lors de la première année.
- Courants, bien que certaines femmes n'en aient pas.
- La cliente peut revenir pour obtenir de l'aide si les effets secondaires la préoccupent.

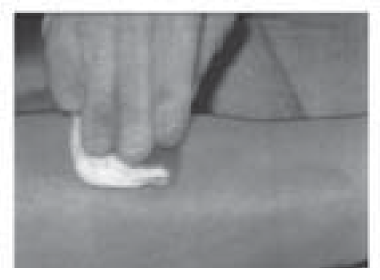


# Insertion des implants

## *Expliquer la procédure d'insertion pour Jadelle et Norplant*

Une femme qui a choisi d'utiliser les implants doit savoir ce qui se passera pendant la procédure d'insertion. La description suivante peut aider à expliquer cette procédure. L'apprentissage de l'insertion et du retrait des implants exige une formation et de la pratique sous supervision directe. Aussi, cette description n'est-elle qu'un récapitulatif et ne représente pas des instructions détaillées.

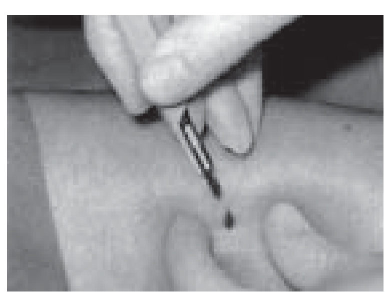
L'insertion des implants ne prend généralement que quelques minutes, bien qu'à l'occasion il faille plus de temps, en fonction des compétences du prestataire. Les complications connexes sont rares et dépendent également de la compétence du prestataire. (Implanon est inséré à l'aide d'un applicateur fabriqué tout spécifiquement et qui est analogue à une seringue. Il n'exige pas d'incision).



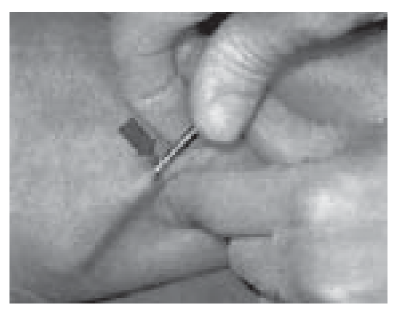
**1.** Le prestataire emploie une bonne méthode de prévention de l'infection.



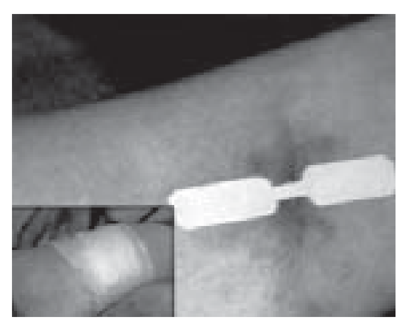
**2.** La femme reçoit une injection sous-cutanée d'anesthésiques locale pour supprimer la douleur pendant que les implants sont insérés. Cette injection peut piquer. Elle reste complètement éveillée durant toute l'intervention.



**3.** Le prestataire pratique une petite incision dans la peau, sur la face inférieure de la partie supérieure du bras.



**4.** Le prestataire insère les implants juste sous la peau. La femme peut ressentir une certaine tension ou étirement.



**5.** Une fois tous les implants insérés, le prestataire ferme l'incision avec un bandage adhésif. Point besoin de sutures, l'incision est recouverte d'un tissus sec et enveloppé de gaze.

# Retrait des implants

**IMPORTANT :** Les prestataires ne doivent pas refuser ou remettre à plus tard un retrait des implants, si la femme le demande, quelle que soit sa raison, qu'elle soit personnelle ou médicale. Tout le personnel doit comprendre et convenir qu'il ne faut pas forcer une femme à continuer à utiliser les implants.

## *Expliquer la procédure de retrait*

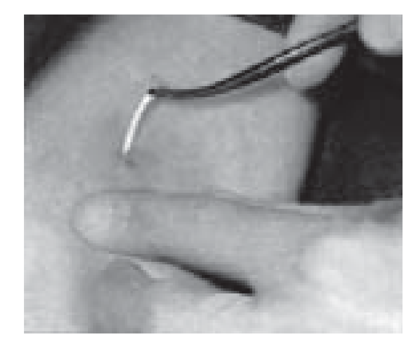
Une femme doit savoir ce qui se passera lors du retrait. La description suivante peut aider à expliquer la technique. La même technique de retrait est utilisée pour tous les types d'implants.

1. Le prestataire prend les bonnes mesures de prévention de l'infection.
2. La femme reçoit une injection d'anesthésique locale pour supprimer la douleur au bras lors du retrait des implants. Cette injection peut piquer. Elle reste entièrement éveillée durant toute l'intervention.





3. Le prestataire de soins pratique une petite incision dans la peau, sur la face inférieure du bras supérieur, proche de l'endroit de l'insertion.



4. Le prestataire utilise un instrument pour retirer chaque implant. Une femme peut sentir une légère douleur ou sensibilité lors de l'intervention et pendant quelques jours par la suite.

5. Le prestataire ferme l'incision avec un bandage adhésif. Point besoin de sutures. Un bandage élastique peut être placé sur le bandage adhésif pour appliquer une légère pression pendant 2 ou 3 jours et éviter que l'endroit n'enfle.

Si la femme souhaite de nouveaux implants, ils sont placés au-dessus ou en dessous de l'endroit des implants précédents, ou dans l'autre bras.

## Soutenir l'utilisatrice

### *Donner des instructions spécifiques*

| | |
|---|---|
| **Ne pas mouiller le bras** | • Elle doit garder l'endroit de l'insertion bien sec pendant 4 jours. Elle peut enlever le bandage élastique ou la gaze après 2 jours et le bandage adhésif après 5 jours. |
| **S'attendre à une certaine sensibilité, tuméfaction** | • Une fois que l'effet de l'anesthésie cesse, son bras peut lui faire mal pendant quelques jours. L'endroit peut également être enflé et tuméfié. C'est courant et cela disparaîtra sans traitement. |
| **Durée de la protection contre la grossesse** | • Discuter d'une bonne manière pour elle de se rappeler la date à laquelle elle doit revenir.<br>• Donner à chaque femme l'information suivante par écrit, sur une carte de rappel, à l'exemple de celle montrée ci-après si possible et expliquer :<br>– le type d'implant qu'elle a<br>– la date de l'insertion<br>– le mois et l'année où les implants doivent être retirés ou remplacés<br>– l'endroit où elle peut se rendre si elle a des problèmes ou des questions à propos de ces implants |
| **Retirer les implants avant qu'ils ne commencent à perdre de leur efficacité** | • Revenir ou voir un autre prestataire avant que les implants ne commencent à perdre de leur efficacité (pour les retirer, ou si elle le souhaite, pour les remplacer). |

**Carte de rappel des implants**

Nom de la cliente : ____________________

Type d'implants : ____________________

Date de l'insertion : ____________________

Retirer ou remplacer le : Mois : ______ Année : ______

Si vous avez des problèmes ou des questions, se rendre à :

(nom et emplacement du service)

### *"Revenez à n'importe quel moment" : raisons de revenir*

Indiquer à chaque cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions, ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé, ou si elle pense qu'elle pourrait être enceinte. De plus, elle doit revenir si :

- L'endroit de l'insertion lui fait mal, est chaud ou est rouge et avec du pus et si cela s'aggrave ou ne disparaît pas, ou encore si elle voit qu'une capsule est sortie.
- Si elle a pris beaucoup de poids. Cela pourrait diminuer la durée pendant laquelle les implants restent très efficaces.

Conseils général de santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose ne va pas avec sa santé devrait venir immédiatement pour obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne réside pas dans la méthode contraceptive mais elle devrait quand même indiquer ce qu'elle utilise, à l'infirmière ou au médecin.



## Aider les utilisatrices continues

**IMPORTANT :** Aucune visite de retour n'est nécessaire jusqu'au moment où les implants doivent être retirés. On invitera pourtant la cliente à revenir à n'importe quel moment si elle le souhaite.

1. Demander à la cliente si tout se passe bien avec la méthode et si elle est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de quelque chose.
2. Lui demander si elle est préoccupée par les changements dans les saignements. Lui donner des informations ou lui offrir l'aide dont elle a besoin. (Voir Prise en charge des problèmes, p. 124).
3. Demander à une cliente à long terme si elle a eu de nouveaux problèmes de santé depuis sa dernière visite. Traiter le problème le cas échéant. Pour de nouveaux problèmes de santé qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode, voir p. 127.
4. Demander à une cliente à long terme si des changements importants sont survenus dans sa vie, qui pourraient modifier ses besoins, notamment si elle a l'intention d'avoir des enfants ou si elle est exposée au risque de contracter des IST/VIH. Assurer le suivi nécessaire.
5. Si possible, peser la cliente qui utilise les implants Jadelle ou Norplant. Si son poids a changé au point où cela modifie la durée de l'efficacité de l'implant, mettre à jour sa carte de rappel, si elle en a une, ou lui remettre une nouvelle carte de rappel avec la bonne date (voir Question 9, p. 130).
6. Si elle souhaite continuer à utiliser les implants, et si aucune nouvelle pathologie ne l'en empêche, lui rappeler pendant combien de temps encore les implants la protègeront contre une grossesse.

# Prise en charge des problèmes

## *Problèmes signalés comme effets secondaires ou complications*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

- Les problèmes au niveau des effets secondaires et complications se répercutent sur la satisfaction des femmes et l'utilisation des implants. Ils exigent l'attention du prestataire. Si la cliente indique des effets secondaires, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils et traiter le cas échéant.
- Proposer d'aider la cliente à choisir une autre méthode – à présent si elle le souhaite, ou si les problèmes ne peuvent pas être résolus.

**Saignements irréguliers** (saignements à des moments inattendus qui préoccupent la cliente)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre de femmes utilisant les implants ont des saignements irréguliers. Ce n'est pas dangereux et généralement, ils diminuent ou cessent après la première année d'utilisation.
- Pour un soulagement rapide, elle peut prendre 800 mg d'ibuprofène ou 500 mg d'acide méfénamique 3 fois par jour après les repas pendant 5 jours, en commençant dès que démarrent les saignements irréguliers.
- Si ces médicaments ne l'aident pas, elle peut essayer un des moyens suivants, en commençant dès que démarrent les saignements irréguliers :
  - Contraceptifs oraux combinés avec du lévonorgestrel progestatif. Lui demander de prendre une pilule tous les jours pendant 21 jours.
  - 50 µg d'éthinylestradiol pendant 21 jours.
- Si les saignements irréguliers continuent ou commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou d'absence de saignements, ou si vous soupçonnez un autre problème dû à d'autres raisons, envisager les affections sous-jacentes non liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 127).

**Pas de saignements menstruels**

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes n'ont plus leurs règles quand elles utilisent les implants et que ce n'est pas dangereux. Il n'est pas nécessaire de perdre du sang tous les mois. C'est comme l'absence de règles pendant la grossesse. Elle n'est pas stérile. Le sang ne s'accumule pas dans son corps. (Certaines femmes sont contentes de ne pas avoir leurs règles chaque mois).

**Saignements abondants ou prolongés** (deux fois plus longs que d'habitude ou plus longs que 8 jours)

- La rassurer et lui indiquer que certaines femmes utilisant des implants ont des saignements abondants ou prolongés. Ce n'est pas dangereux, et généralement ils diminuent ou cessent après quelques mois.
- Pour un soulagement rapide, elle peut essayer les traitements pour saignements irréguliers donnés ci-dessus, en commençant lorsque démarrent les saignements abondants. Les contraceptifs oraux combinés (COC) avec 50 µg d'éthinylestradiol risquent d'être plus efficaces que la pilule à faible dose.

- Pour aider à prévenir l'anémie, lui proposer de prendre des cachets de fer et lui indiquer que c'est important de manger des aliments qui contiennent du fer, tels que la viande et la volaille (surtout le foie de bœuf et de poulet), du poisson, des légumes verts et des légumes secs (haricots, lentilles et petits pois).
- Si les saignements abondants ou prolongés continuent, ou commencent après plusieurs mois de saignements normaux ou pas de saignement menstruel du tout, ou si vous soupçonnez un autre problème dû à d'autres raisons, envisager les affections sous-jacentes non liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, page 127).

### **Maux de tête ordinaires** (qui ne sont pas dus à des migraines)

- Lui proposer de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200–400 mg), du paracétamol (325–1000 mg) ou autre médicament contre la douleur.
- Des maux de tête qui empirent ou se présentent plus souvent, pendant l'utilisation des implants, doivent être évalués.

### Légères douleurs abdominales

- Lui proposer de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200–400 mg), du paracétamol (325–1000 mg) ou autre médicament contre la douleur.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

### Acné

- Si la cliente souhaite arrêter d'utiliser les implants à cause de l'acné, elle peut envisager d'utiliser les COC. Chez de nombreuses femmes, l'acné s'améliore avec l'emploi des COC.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

### Changement de poids

- Revoir le régime alimentaire et donner les conseils nécessaires.

### Seins endoloris

- Lui recommander de porter un soutien gorge rembourré (lors d'activités physiques violentes et durant le sommeil).
- Essayer les compresses chaudes ou froides.
- Lui proposer de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200–400 mg), du paracétamol (325–1000 mg) ou autre médicament contre la douleur.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

### Sautes d'humeur ou changements dans la libido

- Lui demander si elle note des changements dans sa vie qui pourraient affecter ses humeurs ou sa libido, notamment des changements dans ses relations avec son partenaire. Lui apporter le soutien nécessaire.
- Les clientes qui signalent de graves sautes d'humeur, par exemple des dépressions importantes, doivent être orientées vers les services compétents.
- Envisager des remèdes disponibles localement.

### Nausée ou étourdissement

- Envisager des remèdes disponibles localement.

### Douleurs après l'insertion ou le retrait

- En cas de douleurs après l'insertion, vérifier que le bandage ou la gaze sur le bras n'est pas trop serré.
- Lui mettre un nouveau bandage sur le bras et lui recommander d'éviter de presser sur cet endroit pendant plusieurs jours.
- Lui proposer de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200–400 mg), du paracétamol (325–1000 mg) ou autre médicament contre la douleur.

### Infection à l'endroit de l'insertion (rougeurs, chaleur, douleurs, pus)

- Ne pas retirer les implants.
- Nettoyer l'endroit infecté avec de l'eau et du savon ou un antiseptique.
- Donner des antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours.
- Demander à la cliente de revenir lorsqu'elle aura pris tous les antibiotiques, si l'infection est toujours présente. Si l'infection n'est pas partie, retirer les implants ou orienter vers les services compétents pour le retrait des implants.
- L'expulsion ou l'expulsion partielle est souvent notée après une infection. Demander à la cliente de revenir si elle note qu'un implant est sorti.

### Abcès (poche de pus sous la peau due à l'infection)

- Nettoyer l'endroit avec un antiseptique.
- Inciser (à l'intérieur) l'abcès et le drainer.
- Soigner la plaie.
- Donner des antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours.
- Demander à la cliente de revenir lorsqu'elle aura pris tous les antibiotiques, si l'infection est toujours présente. Si l'infection n'est pas partie, retirer les implants ou orienter vers les services compétents pour le retrait des implants.

### Expulsion (lorsqu'un ou plusieurs implants commencent à sortir du bras)

- Rare. Survient généralement dans les quelques premiers mois après l'insertion ou en cas d'infection.
- Si aucune infection n'est présente, remplacer le bâtonnet ou la capsule expulsé en faisant une nouvelle incision proche des autres bâtonnets ou capsules ou orienter vers les services compétents pour remplacer les implants.

### Graves douleurs au bas-ventre (grossesse ectopique soupçonnée ou follicules ou kystes ovariens élargis)

- Bien des pathologies peuvent entraîner de graves douleurs abdominales. Faire particulièrement attention aux signes ou symptômes d'une grossesse ectopique, qui est rare mais qui peut mettre la vie en danger (voir Question 7, p. 129).
- Lors des premiers stades d'une grossesse ectopique, les symptômes peuvent être absents ou bénins, mais par la suite ils deviendront graves. Une combinaison

des signes aux symptômes suivants doit vous alerter aux risques d'une grossesse ectopique :

- Douleurs ou sensibilités abdominales inhabituelles
- Saignements vaginaux anormaux ou pas de saignements mensuels du tout – surtout si cela diffère de ses modes de saignements habituels
- Etourdissements ou "tête qui tourne"
- Evanouissements

- Si l'on soupçonne une grossesse ectopique ou une autre affection grave, l'orienter de suite pour un diagnostic et des soins immédiats. (Voir Stérilisation féminine, Prise en charge de la grossesse ectopique, p. 179, pour de plus amples informations sur les grossesses ectopiques).
- La douleur abdominale pourrait être causée par d'autres problèmes, tels que des follicules ou kystes ovariens élargis.
  - Une femme peut continuer à utiliser les implants pendant le bilan.
  - Pas besoin de traiter des follicules ou kystes ovariens, à moins qu'ils ne deviennent anormalement grands, se tordent ou éclatent. Rassurer la cliente et lui indiquer qu'ils disparaissent généralement d'eux-mêmes. Pour être sûr que le problème est résolu, demander à la cliente de revenir dans 6 semaines, si possible.

## *Nouveaux problèmes qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

**Saignements vaginaux inexpliqués** (qui suggèrent une affection médicale qui n'est pas liée à la méthode)

- Orienter vers les services compétents ou évaluer en fonction des antécédents et de l'examen pelvien. Diagnostiquer et traiter, tel qu'indiqué.
- Si on ne trouve aucune cause de saignements, envisager d'arrêter l'utilisation des implants pour faciliter le diagnostic. Lui fournir une autre méthode de son choix pendant que son état est évalué et traité (mais pas les injectables à progestatifs seuls ou le DIU au cuivre ou hormonal).
- Si les saignements sont causés par une infection sexuellement transmissible ou une inflammation pelvienne, elle peut continuer à utiliser les implants pendant le traitement.

**Démarrer un traitement avec des médicaments contre les convulsions ou de la rifampicine**

- Les barbituriques, la carbamazépine, l'oxcarbazépine, la phénytoïne, la primidone, la topiramate et la rifampicine peuvent rendre les implants moins efficaces. Si elle utilise depuis longtemps ces médicaments, il serait probablement bon qu'elle utilise une méthode différente, tels que les injectables mensuels, les injectables à seuls progestatifs ou un DIU hormonal ou au cuivre.
- Si elle n'utilise ces médicaments que pendant un bref temps, elle peut utiliser une méthode d'appoint avec les implants.

**Migraine** (voir Migraine et Lumières vives, p. 368)

- Si elle a des migraines sans lumières vives, elle peut continuer à utiliser les implants si elle le souhaite.
- Si elle a des migraines avec lumières vives, arrêter les implants. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

**Certaines affections graves** (caillots de sang soupçonnés dans les veines profondes des jambes ou des poumons, maladie du foie ou cancer du sein). Voir Signes et symptômes des affections médicales graves, p. 320.

- Retirer les implants ou orienter vers les services compétents pour le retrait.
- Lui donner une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que son état soit évalué.
- L'orienter vers les services de diagnostic et de soins si elle n'est pas déjà traitée.

**Cardiopathie imputable à un blocage ou rétrécissement d'artères ou attaque cérébrale**

- Une femme souffrant de ces problèmes peut démarrer sans risques l'utilisation des implants. Par contre, si ces problèmes apparaissent après l'utilisation des implants :
  - Lui retirer les implants ou l'orienter vers les services compétents pour le retrait.
  - L'aider à choisir une méthode sans hormones.
  - L'orienter vers les services compétents de diagnostic et de soins si elle n'est pas déjà traitée.

**Grossesse soupçonnée**

- Faire un test de grossesse, y compris pour une grossesse ectopique.
- Retirer les implants ou l'orienter vers les services compétents pour le retrait si elle souhaite mener à terme la grossesse.
- On ne connaît aucun risque pour le fœtus conçu, si une femme qui utilise les implants tombe enceinte (voir Question 3, p. 129).

# Questions et réponses sur les implants

**1. Est ce que les utilisatrices des implants doivent faire des visites de suivi ?**

Non. Les visites périodiques routinières ne sont pas nécessaires pour les utilisatrices des implants. Les visites annuelles sont utiles pour d'autres soins préventifs mais ne sont pas nécessaires. Evidemment, les femmes peuvent revenir à n'importe quel moment si elles ont des questions.

**2. Est-ce que les implants peuvent être laissés en place de manière permanente dans le bras d'une femme ?**

On ne recommande généralement pas de laisser les implants en place lorsque leur durée d'efficacité cesse si la femme continue d'être exposée au risque

d'une grossesse. Les implants en eux-mêmes ne sont pas dangereux, mais au fur et à mesure que baissent les niveaux d'hormones dans les implants, ils deviennent de moins en moins efficaces.

3. **Est-ce que les implants peuvent provoquer un cancer ?**
   Non. Les études n'ont pas montré de risque accru de cancer avec l'utilisation des implants.

4. **Combien de temps faut-il attendre pour tomber enceinte une fois que sont retirés les implants ?**
   Les femmes qui arrêtent d'utiliser les implants peuvent tomber enceintes aussi rapidement que les femmes qui arrêtent les méthodes non hormonales. Les implants ne retardent pas le retour de fécondité d'une femme, une fois qu'ils sont retirés. Le mode de saignements qu'avait une femme avant d'utiliser les implants revient généralement une fois qu'ils sont retirés. Certaines femmes devront attendre quelques mois avant que ne revienne leur mode de saignements habituels.

5. **Est-ce que les implants provoquent des malformations congénitales ? Est-ce que cela peut nuire au fœtus si une femme tombe enceinte accidentellement alors que les implants sont en place ?**
   Non. Il existe de solides preuves montrant que les implants ne causeront pas de malformation congénitale et ne nuiront pas non plus au fœtus si une femme tombe enceinte alors qu'elle utilise les implants ou si les implants sont insérés accidentellement alors qu'elle est déjà enceinte.

6. **Est-ce que les implants se déplacent dans le corps d'une femme ou peuvent-ils sortir du bras ?**
   Les implants ne se déplacent pas dans le corps d'une femme. Les implants restent à l'endroit où ils ont été insérés jusqu'à ce qu'ils soient retirés. Rarement un bâtonnet peut sortir, le plus souvent pendant les 4 premiers mois après l'insertion. Cela arrive généralement parce qu'ils n'ont pas été bien insérés ou à cause d'une infection à l'endroit où ils ont été insérés. Dans certains cas, on pourra voir des implants qui sont sortis. Certaines femmes peuvent avoir un changement soudain dans les modes de saignements. Si une femme note qu'un bâtonnet ou une capsule est sorti, elle doit utiliser immédiatement une méthode d'appoint et revenir au centre de santé immédiatement.

7. **Est-ce que les implants augmentent le risque d'une grossesse ectopique ?**
   Non. Au contraire, les implants diminuent grandement le risque d'une grossesse ectopique. Les grossesses ectopiques sont extrêmement rares chez les utilisatrices des implants. Le taux de grossesses ectopiques chez les femmes avec des implants est de 6 pour 100 000 femmes par année. Le taux de grossesses ectopiques chez les femmes aux Etats-Unis n'utilisant aucune méthode contraceptive est de 650 pour 100 000 femmes par an.

   A de très rares occasions, en cas d'échec des implants et lorsqu'une grossesse survient, 10 à 17 sur 100 de ces grossesses sont ectopiques. Aussi, la vaste majorité des grossesses après échec des implants ne sont pas ectopiques. Par ailleurs, la grossesse ectopique peut être fatale et, par conséquent, un prestataire devrait faire attention à la possibilité d'une grossesse ectopique en cas d'échec des implants.

8. **Est-ce que les implants changent l'humeur ou la libido d'une femme ?**
Généralement non. Certaines femmes utilisant les implants signalent ces conditions. La vaste majorité des utilisatrices des implants n'indiquent pas de tels changements et certaines indiquent des améliorations dans l'humeur et la libido. Il est difficile d'indiquer si ces changements sont dus aux implants ou à d'autres raisons. Rien ne vient prouver que les implants affectent le comportement sexuel d'une femme.

9. **Est-ce que les femmes d'un poids excessif devraient éviter les implants ?**
Non. Par ailleurs, ces femmes doivent savoir qu'elles doivent faire remplacer plus rapidement les implants Jadelle ou Norplant pour maintenir un niveau élevé de protection contre la grossesse. Dans les études sur les implants Norplant, les taux de grossesses chez les femmes qui pesaient entre 70 et 79 kg étaient de 2 pour 100 femmes à la sixième année d'utilisation. Ces femmes devraient faire remplacer leurs implants si elles le souhaitent, après 5 ans. Chez les femmes qui utilisaient les implants Norplant ou Jadelle, et qui pesaient 80 kg ou plus, le taux de grossesse était de 6 pour 100 pendant la cinquième année d'utilisation. Ces femmes devraient remplacer leurs implants après quatre années. Les études de l'Implanon n'ont pas constaté que le poids diminuait l'efficacité pendant la durée d'utilisation approuvée pour ce type d'implant.

10. **Que faudrait-il faire si une utilisatrice des implants a un kyste ovarien ?**
La vaste majorité des kystes ne sont pas de véritables kystes mais sont de fait, des structures remplies de liquide dans l'ovaire (follicules) qui continuent à grandir au-delà de la taille habituelle lors d'un cycle menstruel normal. Ils peuvent s'accompagner d'une légère douleur abdominale, mais n'exigeront de traitement que s'ils deviennent anormalement grands, se tordent ou éclatent. Généralement, ces follicules disparaissent sans traitement (voir Graves douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, p. 126).

11. **Quand est-ce que les implants Norplant ne seront plus disponibles ?**
Le fabricant à l'intention de produire les implants Norplant jusqu'en 2011 et pensent remplacer le Norplant avec un produit plus nouveau, Jadelle. Les implants Jadelle sont analogues à Norplant (voir Comparer les implants, p. 360). L'insertion et le retrait de Jadelle est plus facile et plus rapide car ce produit ne compte que 2 bâtonnets, alors que le Norplant a 6 capsules. Une étude a constaté que les prestataires peuvent passer facilement de la fourniture de Norplant à la fourniture de Jadelle. Ils préfèrent la facilité d'insertion et le retrait de Jadelle.

12. **Est-ce qu'une femme peut travailler rapidement après l'insertion des implants ?**
Oui. Une femme peut faire son travail habituel immédiatement après avoir quitté le centre de santé, du moment qu'elle ne cogne pas l'endroit de l'insertion et qu'elle le garde bien sec.

13. **Est-ce qu'une femme doit avoir un examen gynécologique avant l'insertion des implants ?**
Non. A la place, s'il pose les bonnes questions, le prestataire peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir Liste de vérification de la grossesse, p. 372). Aucune affection qui peut être détectée lors de l'examen gynécologique n'interdit l'utilisation des implants.

# Dispositif intra-utérin au cuivre

*Ce chapitre décrit essentiellement le dispositif intra-utérin TCu-380A (pour le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel, voir p. 157).*

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Protection à long terme contre la grossesse.** D'une efficacité prouvée pendant 12 ans, réversible immédiatement.
- **Posé dans l'utérus par un prestataire spécialement formé.**
- **Pratiquement rien à faire pour la cliente une fois le DIU en place.**
- **Les changements de saignements sont courants.** Généralement, des saignements plus longs et plus abondants et davantage de crampes et de douleurs au moment des règles surtout pendant les 3 à 6 premiers mois.



## Qu'est-ce que le dispositif intra-utérin ?

- Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU) est une petite armature flexible en plastique. Un fil ou des manchons en cuivre le recouvre partiellement. Un prestataire de soins de santé spécialement formé l'insère dans l'utérus d'une femme en passant par le vagin et le col.
- Presque tous les types de DIU ont un ou plusieurs fils qui y sont attachés. Les fils sortent par le col dans le vagin.
- Agit essentiellement en provoquant un changement chimique qui altèrent les spermatozoïdes et les ovules avant qu'ils ne puissent se rencontrer.

## Quelle est son efficacité ?




*Une des méthodes les plus efficaces et les plus durables :*

- Moins d'une grossesse pour 100 femmes en utilisant un DIU pendant la première année (6 à 8 pour 1 000 femmes). Cela signifie que 992 à 994 femmes sur 1 000 utilisant le DIU ne tomberont pas enceintes.
- Un petit risque de grossesse subsiste au-delà de la première année d'utilisation et continue aussi longtemps que la femme utilise le DIU.
  - Sur 10 années d'utilisation du DIU : environ 2 grossesses pour 100 femmes

- Les études ont montré que le TCu-380A était efficace pendant 12 ans. Par contre, sur l'étiquette on recommande que le TCu-380A soit utilisé pendant 10 ans. (Les prestataires devraient suivre les directives des programmes leur indiquant quand le DIU doit être retiré).

*Retour de la fécondité après arrêt d'utilisation du DIU :* pas de retard

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

## Effets secondaires, avantages pour la santé, risques pour la santé et complications

### *EfectEffets secondaires* (voir Prise en charge des problèmes, p. 149)

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- Changements dans les modes de saignements (surtout pendant les 3 à 6 premiers mois) notamment :
  - Saignements mensuels prolongés et abondants
  - Saignements irréguliers
  - Davantage de crampes et de douleurs au moment des règles

### *Avantages connus pour la santé*

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse

Peut aider à protéger contre :

- Le cancer du revêtement de l'utérus (cancer de l'endomètre)

### *Risques connus pour la santé*

Peu courants :

- Peut être cause d'anémie si une femme a déjà de faibles réserves de fer avant la pose du DIU et si le DIU provoque des saignements mensuels plus abondants.

Rares :

- Une inflammation pelvienne (PID) peut se présenter si la femme a une infection à chlamydia ou gonorrhée au moment de la pose du DIU.

### *Complications*

Rares :

- Perforation de la paroi de l'utérus par le DIU ou l'instrument utilisé pour la pose du DIU. Guérit généralement sans traitement.
- Fausse couche, naissance prématurée ou infection, dans de rares cas où la femme tombe enceinte alors qu'elle porte un DIU.

### *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et Réponses, p. 154)

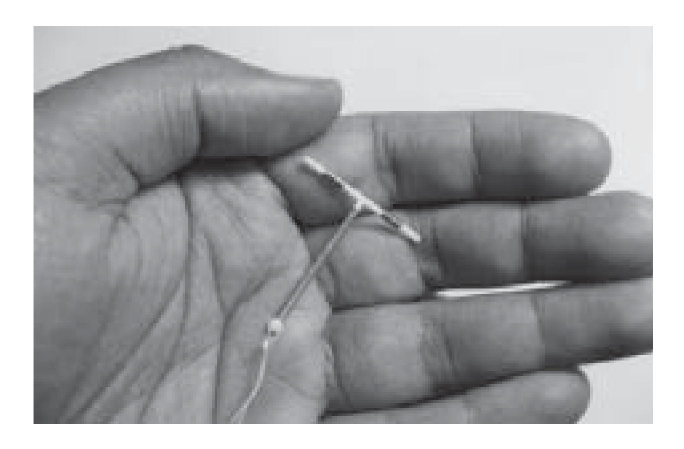
Les dispositifs intra-utérins :

- Causent rarement une inflammation pelvienne.
- N'augmentent pas le risque de contracter des IST, y compris le VIH.
- N'augmentent pas le risque d'une fausse couche lorsqu'une femme tombe enceinte après que le DIU ait été retiré.
- Ne rendent pas la femme inféconde.
- Ne causent pas d'anomalies congénitales.
- Ne causent pas de cancer.
- Ne se déplacent pas vers le cœur ou le cerveau.
- Ne causent pas de gêne ou de douleur pour la femme lors des relations sexuelles.
- Diminuent nettement le risque d'une grossesse ectopique.



## Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient le DIU

- Prévient de manière très efficace la grossesse
- Dure pendant longtemps
- Ne comporte plus d'autres coûts après la pose du DIU
- Ne demande pas à l'utilisatrice de faire quelque chose une fois le DIU pos



# Qui peut et qui ne peut pas utiliser le DIU

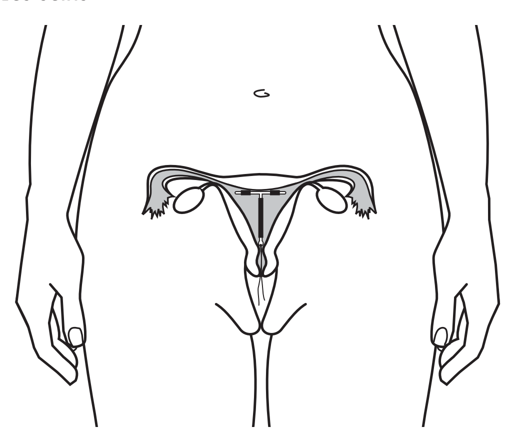
## Sans risques et qui convient à pratiquement toutes les femmes

La plupart des femmes peuvent utiliser le DIU, sans risque et efficacement, y compris les femmes :

- Qui ont ou n'ont pas d'enfants
- Qui ne sont pas mariées
- A n'importe quel âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans
- Qui viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche (sans signe d'infection)
- Qui allaitent
- Qui font un travail physique éprouvant
- Qui ont eu une grossesse ectopique
- Qui ont eu une inflammation pelvienne (PID)
- Qui ont des infections vaginales
- Qui souffrent d'anémie
- Qui sont infectées par le VIH, ou qui suivent un traitement antirétroviral et qui se portent bien (voir DIU pour les femmes vivant avec le VIH, p. 138).

Les femmes peuvent commencer à utiliser le DIU :

- Sans test de dépistage des IST
- Sans test de dépistage du VIH
- Sans test sanguin ou autres tests routiniers de laboratoire
- Sans dépistage du cancer du col
- Sans examen des seins



## Critères de recevabilité médicale pour

# Le DIU au cuivre

Poser à la cliente les questions ci-après sur des affections médicales connues. Si elle répond "non" à toutes les questions, alors on peut lui poser le DIU si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à une question, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut quand même avoir le DIU posé. Ces questions s'appliquent également au DIU au lévonorgestrel (voir p. 160).

**1. Est-ce que vous avez accouché il y a plus 48 heures mais moins de 4 semaines ?**

❑ NON **❑ OUI** Remettre la pose du DIU jusqu'à 4 semaines ou plus après l'accouchement (Voir Peu après l'accouchement, p. 140).

**2. Avez-vous eu une infection après l'accouchement ou l'avortement ?**

❑ NON **❑ OUI** Si elle a actuellement une infection des organes reproducteurs lors des 6 premières semaines après l'accouchement (septicémie puerpérale) ou si elle vient d'avoir une infection imputable à un avortement dans l'utérus (avortement septique), ne pas poser le DIU. Traiter ou orienter vers les services compétents si elle ne reçoit pas encore de soins. L'aider à choisir une autre méthode ou lui remettre une méthode d'appoint*. Après le traitement, réévaluer pour voir si elle présente les conditions requises pour le DIU.

**3. Avez-vous saignements vaginaux qui sont inhabituels pour vous ?**

❑ NON **❑ OUI** Si elle a des saignements vaginaux inexpliqués qui pourraient être le signe d'une grossesse ou d'une affection médicale sous-jacente, l'utilisation d'un DIU pourrait rendre plus difficile le diagnostic et le suivi du traitement. L'aider à choisir une méthode qu'elle pourra utiliser pendant qu'elle est évaluée et traitée (mais pas un DIU hormonal, des injectables à progestatifs seuls ou des implants). Après le traitement, refaire un bilan pour voir si elle présente les conditions requises pour le DIU.

**4. Souffrez-vous d'affections ou de problèmes féminins (problèmes gynécologiques ou obstétricaux), tel que le cancer génital ou la tuberculose pelvienne ? Dans l'affirmative, quels sont ses problèmes ?**

❑ NON **❑ OUI** Cancer actuel du col, de l'endomètre ou des ovaires ; maladie trophoblastique gestationnelle ; tuberculose pelvienne ; ne pas poser un DIU. Traiter ou envoyer vers les services compétents si elle n'est pas encore soignée. L'aider à choisir une autre méthode. En cas de tuberculose pelvienne, faire un nouveau bilan après le traitement pour voir si elle présente les conditions requises pour utiliser le DIU.

*(suite à la page suivante)*

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs*

**5. Est-ce que vous avez le sida ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas poser un DIU si elle a le sida, à moins qu'elle ne se porte bien d'un point de vue clinique suite à son traitement antirétroviral. Si elle est infectée par le VIH mais qu'elle n'a pas le sida, elle peut utiliser un DIU. Si une femme avec un DIU en place contracte le sida, elle peut garder le DIU (voir DIU pour les femmes vivant avec le VIH, p. 138).

**6. Evaluer si elle est exposée à un risque individuel très élevé de contracter la gonorrhée ou l'infection à chlamydia.**

Les femmes qui sont très exposées au risque de contracter la gonorrhée ou l'infection à chlamydia ne devraient pas recevoir de DIU (voir Evaluer les femmes pour le risque d'infections sexuellement transmissibles, voir 138).

**7. Evaluer si la cliente pourrait être enceinte.**

Poser à la cliente les questions qui figurent sur la liste de vérification de la grossesse (voir p. 372). Si elle répond "oui" à une question, on peut poser le DIU ("voir également Quand commencer, p. 140).

Pour des classifications complètes, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 324. Expliquer les avantages et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'utilisera la cliente. Indiquer également les affections médicales faisant que la méthode n'est guère recommandée dans son cas particulier.

## Faire appel au jugement clinique dans les cas spéciaux

Généralement, une femme souffrant de l'une des affections ci-après ne devrait pas utiliser le DIU. Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, lorsque d'autres méthodes plus adéquates ne sont pas disponibles ou ne sont pas acceptables pour elle, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état et la situation de la femme en question et décider si on peut ou non poser le DIU. Le prestataire doit envisager la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle a accès au suivi.

- Se trouve entre 48 heures et 4 semaines depuis l'accouchement
- Souffre d'une maladie trophoblastique gestationnelle non cancéreuse (bénigne)
- A un cancer actuel des ovaires
- Est exposée à un risque individuel très élevé de contracter la gonorrhée ou l'infection à chlamydia au moment de la pose du DIU
- A le sida et ne suit pas une traitement antirétrovial et n'est pas bien portante du point de vue clinique

# Questions de dépistage pour l’examen gynécologique avant la pose du DIU

Lors de l’examen gynécologique, les questions suivantes vous aident à dépister des signes d’affections médicales qui empêcheraient la pose du DIU. Si la réponse à toutes les questions est “non”, alors on peut poser le DIU à la cliente. Si la réponse à n’importe quelle question est “oui”, ne pas poser le DIU.

Pour les questions 1 à 5, si la réponse est “oui”, orienter vers les services compétents pour le diagnostic et le traitement. L’aider à choisir une autre méthode et lui conseiller d’utiliser des préservatifs si elle est exposée au risque de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST). Lui remettre des préservatifs si possible. Si une IST ou une inflammation pelvienne (PID) est confirmée et si elle veut quand même utiliser un DIU, on peut le lui poser peu après qu’elle termine son traitement si elle ne court pas de risque de réinfection avant la pose du DIU.

**1. Existe-t-il un type d’ulcération sur la vulve, le vagin ou le col ?**

❑ NON ❑ **OUI** IST possibles.

**2. Est-ce que la cliente a des douleurs au bas ventre lorsque vous déplacez le col ?**

❑ NON ❑ **OUI** Inflammation pelvienne possible.

**3. Existe-t-il d’autres sensibilités au niveau de l’utérus, des ovaires ou des trompes de Fallope (sensibilités annexielles) ?**

❑ NON ❑ **OUI** Inflammation pelvienne possible.

**4. Existe-t-il des pertes cervicales purulentes ?**

❑ NON ❑ **OUI** IST ou inflammation pelvienne possibles.

**5. Est-ce que le col saigne facilement au toucher ?**

❑ NON ❑ **OUI** IST ou cancer du col possibles.

**6. Existe-t-il une anomalie anatomique de la cavité utérine qui empêcherait une pose correcte du DIU ?**

❑ NON ❑ **OUI** SI une anomalie anatomique déforme la cavité utérine, la pose correcte du DIU risque de ne pas être possible. L’aider à choisir une autre méthode.

**7. Etiez-vous dans l’incapacité de déterminer la taille et/ou la position de l’utérus ?**

❑ NON ❑ **OUI** Il est essentiel de déterminer la taille et la position de l’utérus avant la pose du DIU pour vérifier que le DIU est placé au fond de l’utérus et pour minimiser le risque de perforation. Si l’on ne peut pas déterminer la taille et la position, ne pas insérer un DIU. L’aider à choisir une autre méthode.

## Dispositif intra-utérin pour les femmes vivant avec le VIH

- On peut poser sans risques un DIU à des femmes qui sont exposées au risque de contracter le VIH ou qui sont infectées par le VIH.
- On peut poser un DIU sans risques à des femmes qui ont le sida, qui suivent un traitement antirétroviral (ARV) et qui sont bien portantes sous l'angle clinique.
- Il ne faut pas poser un DIU à des femmes qui ont le sida mais qui ne suivent pas un traitement ARV et qui ne sont pas bien portantes sous l'angle clinique.
- Si une femme contracte le sida alors que le DIU est en place, il n'est pas nécessaire de le retirer.
- Les utilisatrices du DIU qui ont le sida doivent être suivies pour dépister les inflammations pelviennes.
- Recommander vivement aux femmes d'utiliser des préservatifs de pair avec le DIU. S'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d'autres IST.

## Bilan des femmes pour détecter le risque de contracter les infections sexuellement transmissibles

Un DIU ne doit pas être posé chez une femme qui a une gonorrhée ou infection à chlamydia. En effet, la présence de ces infections sexuellement transmissibles au moment de la pose du DIU augmente le risque d'inflammations pelviennes. Par ailleurs, il n'est pas toujours facile d'établir le diagnostic de ces IST du point clinique et des tests fiables de laboratoire prennent du temps et reviennent chers. Souvent, ils ne d'ailleurs sont pas disponibles. Sans signes ou symptômes cliniques et sans test de laboratoire, la seule indication qui montrerait qu'une femme pourrait avoir une IST se situe au niveau de son comportement ou de sa situation qui l'exposerait à *un risque individuel très élevé de contracter l'infection*. Si ce risque pour la cliente est *individuellement* très élevé, il vaut mieux en général éviter de poser le DIU.* (Les taux de prévalence des IST ne sont pas une bonne base pour juger du risque individuel).

Il n'existe pas d'ensemble universel de questions qui permettraient de déterminer si une femme est exposée à un risque individuel très élevé de contracter la gonorrhée ou l'infection à chlamydia. Au lieu de poser ces questions, le prestataire pourra discuter avec la cliente des comportements personnels et des situations dans la communauté qui sont les plus susceptibles d'exposer une personne au risque de contracter des IST.

Etapes à suivre :

1. Indiquer à la cliente qu'une femme qui court un risque individuel très élevé de contracter des IST ne devrait pas utiliser le DIU.

‡ Par ailleurs, si la situation d'une utilisatrice actuelle du DIU devait changer et si elle se trouvait exposée à un risque individuel très élevé de contracter l'infection à gonorrhée ou chlamydia, elle peut continuer à utilise le DIU.

2. Demander à la femme de juger du risque qu'elle court et de réfléchir si elle veut vraiment utiliser le DIU. C'est elle qui est la mieux placée pour le savoir.* Elle n'a d'ailleurs pas besoin d'indiquer son comportement ou celui de son partenaire au prestataire. Ce dernier pourra lui expliquer certaines situations dangereuses qui exposent une personne à un risque individuel très élevé. A la cliente après de voir si ces situations s'appliquent à son cas : a-t-elle été exposée à un tel risque dans les trois derniers mois ? Si elle utilise couramment le DIU, elle pourra décider de changer de méthode à ce moment là.

   Eventuelles situations à risques :

   - Un partenaire sexuel à des symptômes de IST :
     pus qui s'écoule du pénis, douleur ou brûlures à la miction ou encore plaie ouverte sur les parties génitales.
   - Elle ou un partenaire sexuel ont eu un diagnostic de IST récemment.
   - Elle a plusieurs partenaires sexuels.
   - Elle a un partenaire sexuel qui a eu d'autres partenaires sexuels récemment.

   Toutes ces situations posent moins de risques si une femme ou son partenaire utilise régulièrement et correctement les préservatifs.

   De plus, un prestataire pourra mentionner d'autres situations à risques prévalentes dans la région.

3. Lui demander si, à son avis, elle présente les conditions requises pour le DIU ou si elle aimerait envisager d'autres méthodes contraceptives. Une fois qu'elle aura soupesé le risque individuel qu'elle court et si elle pense que la méthode lui convient, on peut lui poser le DIU. Par contre, on l'aidera à choisir une autre méthode si elle souhaite ou si vous avez de bonnes raisons de penser que la cliente court un risque individuel élevé de contracter l'infection.

Remarque : Si elle souhaite quand même utiliser le DIU alors qu'elle court pourtant un risque individuel élevé de contracter la gonorrhée ou l'infection à chlamydia et si des tests fiables sont disponibles, on pourra poser le DIU à une femme dont le test est négatif. Une femme dont le test est positif pourra l'utiliser dès que son traitement sera achevé, si elle n'est pas exposée au risque d'être infectée à nouveau au moment de la pose.

Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, si d'autres méthodes plus adéquates ne sont ni disponibles ni acceptables, un prestataire de soins qui peut évaluer attentivement la situation particulière de cette femme pourra décider qu'en dépit du risque élevé qu'elle court, un DIU peut être posé même s'il n'est pas possible de faire des tests de dépistage des IST. (Suivant les circonstances, le prestataire de soins pourra dispenser un traitement de présomption et lui donner une dose curative complète d'antibiotiques efficaces contre les deux infections, gonorrhée et chlamydia et ensuite, posera le DIU une fois terminé le traitement.) Qu'elle reçoive ou non un traitement de présomption, le prestataire devra s'assurer que la cliente revienne pour un suivi afin de faire le dépistage d'une éventuelle infection et de prodiguer le traitement nécessaire. Il faudra lui indiquer qu'elle doit revenir immédiatement si elle a de la fièvre et soit des douleurs au bas-ventre ou des pertes vaginales anormales ou encore les deux.

*Toute femme qui craint d'avoir une IST devrait consulter immédiatement les services de santé.

# Fourniture du dispositif intra-utérin

**IMPORTANT :** Dans bien des cas, une femme peut commencer à utiliser le DIU à n'importe quel moment, si l'on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, on peut utiliser la Liste de vérification de la grossesse (voir p. 372).

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A ses cycles menstruels** | **A n'importe quel moment du mois**<br>• Si elle commence dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles, pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 12 jours après le début de ses règles, elle peut avoir le DIU inséré à n'importe quel moment, si elle est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte. Point besoin d'une méthode d'appoint. |
| **Quand elle arrête une autre méthode** | • Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale régulièrement et correctement et si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pas la peine d'attendre les prochaines règles. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle utilisait les injectables, elle peut avoir le DIU inséré au moment où elle aurait dû recevoir l'injection répétée. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint. |
| **Peu après l'accouchement** | • A n'importe quel moment dans les 48 heures qui suivent l'accouchement (nécessite un prestataire spécialement formé en matière de pose du DIU lors du post-partum).<br>• Si elle se trouve à plus de 48 heures après l'accouchement, remettre la pose du DIU jusqu'à 4 semaines ou plus après l'accouchement. |
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet** | |
| Se trouve à moins de 6 mois après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir le DIU inséré à n'importe quel moment, entre 4 semaines et 6 mois après l'accouchement. Point besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir le DIU inséré, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir ci-dessus). |

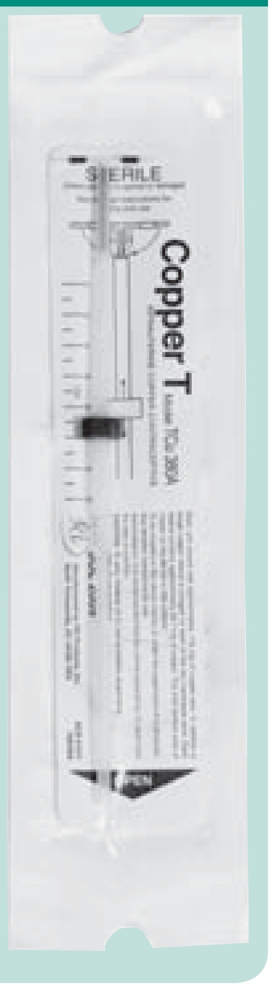
| **Situation de la femme** | **Quand commencer** |
|---|---|
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet** (*suite*) | |
| Se trouve à plus de 6 mois après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir le DIU inséré à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Point besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir le DIU inséré, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page précédente). |
| **Pratique l'allaitement maternel partiel ou n'allaite pas** | |
| Se trouve à plus de 4 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir le DIU inséré *si on peut déterminer qu'elle n'est pas enceinte*. Point besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir le DIU inséré, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page précédente). |
| **N'a pas ses règles** (n'est pas lié à l'accouchement ou à l'allaitement) | • Elle peut avoir les implants insérés à n'importe quel moment, si *on peut déterminer qu'elle n'est pas enceinte*. Point besoin d'une méthode d'appoint. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | • Immédiatement, si le DIU est inséré dans les 12 jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre et si aucune infection n'est présente. Point besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 12 jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, elle peut avoir le DIU inséré à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Point besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si une infection est présente, traiter ou orienter vers les services compétents et aider la cliente à choisir une autre méthode. Si elle souhaite quand même utiliser le DIU, il peut être inséré une fois l'infection guérie.<br>• La pose du DIU après l'avortement ou la fausse couche du second trimestre exige une formation spéciale. Si on ne dispose pas d'un prestataire spécialement formé, remettre la pose du DIU jusqu'à 4 semaines au moins après la fausse couche ou l'avortement. |

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Pour la contraception d'urgence** | • Dans les cinq jours qui suivent des rapports sexuels non protégés.<br>• Si on peut estimer le moment de l'ovulation, on peut insérer le DIU jusqu'à cinq jours après l'ovulation. Parfois, c'est possible à plus de cinq jours après des rapports sexuels non protégés. |
| **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • Le DIU peut être inséré le même jour que la prise de la PCU. Point besoin d'une méthode d'appoint. |

## Prévention de l'infection lors de la pose du DIU

Une bonne technique de pose du DIU aide à prévenir de nombreux problèmes, tels que l'infection, l'expulsion et la perforation.

- Suivre les techniques correctes de prévention des infections.
- Utiliser des instruments désinfectés à haut niveau ou stériles. On désinfecte à haut niveau les instruments en les faisant bouillir, en les passant à la vapeur ou en les trempant dans les produits chimiques désinfectants.
- Utiliser un nouveau DIU préstérilisé qui est emballé avec l'inserteur.
- La technique de pose "sans toucher" est préférable. Cette technique évite que le DIU chargé ou la sonde utérine ne touche des surfaces non stériles, (par exemple, les mains, le spéculum, le vagin, le haut de la table). La technique sans toucher suppose les étapes suivantes :
  - Charger le DIU dans l'inserteur alors que le DIU se trouve encore dans l'emballage stérile, pour éviter de toucher directement le DIU.
  - Nettoyer le col avec un antiseptique avant le pose du DIU.
  - Faire attention à ne pas toucher la paroi vaginale ou les lames du spéculum avec la sonde utérine ou l'inserteur chargé.
  - Ne passer qu'une seule fois la sonde utérine et l'inserteur chargé du DIU par le canal cervical.



## Donner des conseils sur les effets secondaires

**IMPORTANT :** Des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires doivent être donnés avant d'insérer les implants. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode.

| | |
|---|---|
| **Décrire les effets secondaires les plus courants** | • Changements dans les modes de saignements :<br>– Saignements menstruels prolongés ou abondants<br>– Saignements irréguliers.<br>– Davantage de crampes et de douleurs pendant les saignements menstruels. |
| **Expliquer à propos de ces effets secondaires** | • Les changements de saignement ne sont pas un signe de maladie.<br>• La plupart des effets secondaires s'atténuent généralement après les premiers mois de la pose du DIU.<br>• La cliente peut revenir pour obtenir de l'aide si les effets secondaires la préoccupent. |

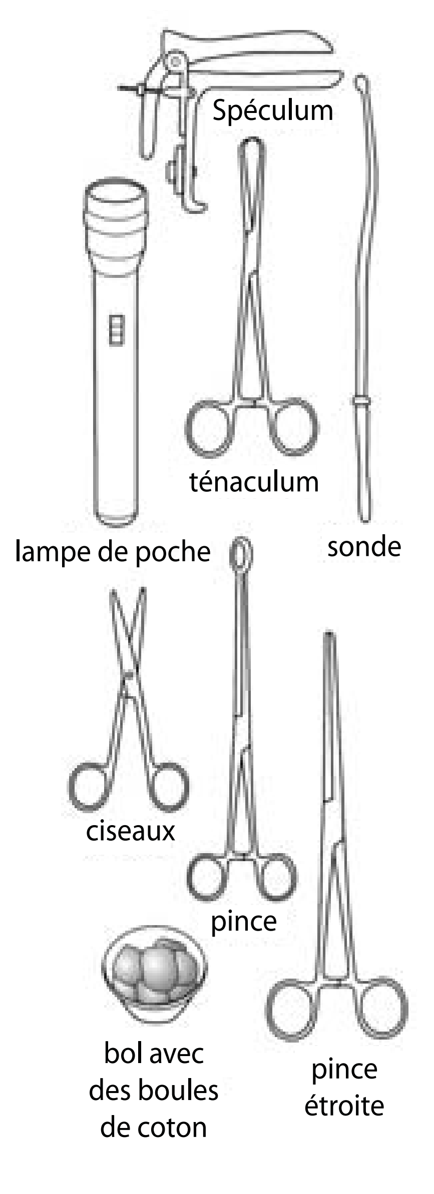
## Pose du DIU

| | |
|---|---|
| **Parler avec la cliente avant la procédure** | • Expliquer la technique de la pose (voir p. 144).<br>• Lui montrer le spéculum, le ténaculum et le DIU ainsi que l'inserteur dans l'emballage.<br>• Lui dire qu'elle aura une certaine douleur ou gêne pendant la pose et qu'il faut s'y attendre.<br>• Lui indiquer qu'elle peut signaler à n'importe quel moment quand elle a mal.<br>• On peut donner de l'ibuprofène (200-400 mg), du paracétamol (325-1000 mg), ou autre médicament contre la douleur 30 minutes avant la pose pour diminuer les crampes et les douleurs. Ne pas donner d'aspirine car cela risque de provoquer des caillots sanguins. |
| **Parler avec la cliente pendant la procédure** | • Lui indiquer ce qui va se passer étape par étape et la rassurer.<br>• L'avertir que tel geste peut causer de la douleur et peut la surprendre.<br>• Lui demander de temps en temps si elle a mal. |

### *Expliquer la technique de la pose du DIU*

Une femme qui a choisi le DIU doit savoir ce qui se passera pendant la pose. La description suivante aidera à expliquer cette procédure. Formation et pratique sous supervision directe sont nécessaires pour apprendre à poser un DIU. Aussi, cette description n'est-elle qu'un récapitulatif et non pas des instructions détaillées.

1. Le prestataire fait un examen gynécologique pour voir si la cliente présente les conditions requises pour utiliser le DIU (voir Questions de dépistage pour l'examen gynécologique avant la pose du DIU, p. 137). Le prestataire commence par l'examen bimanuel et ensuite insère un spéculum dans le vagin pour inspecter le col.
2. Le prestataire nettoie le col et le vagin en passant un antiseptique.
3. Le prestataire insère doucement le ténaculum par le biais du spéculum et ferme le ténaculum juste suffisamment pour tenir doucement en place, le col de l'utérus.
4. Le prestataire introduit lentement et délicatement la sonde utérine par le col pour mesurer la profondeur et la position de l'utérus.
5. Le prestataire charge le DIU dans l'inserteur pendant que les deux se trouvent encore dans l'emballage stérile non ouvert.
6. Le prestataire insère doucement et délicatement le DIU et retire l'inserteur.
7. Le prestataire coupe les fils sur le DIU, laissant environ pendre 3 cm dans le col.
8. Après la pose, la femme se repose. Elle reste sur la table d'examen jusqu'à ce qu'elle se sente prête à se rhabiller.



## Soutenir l'utilisatrice

### *Donner des instructions spécifiques*

| | |
|---|---|
| **Elle doit s'attendre à des crampes et à de la douleur** | • Elle peut s'attendre à des crampes et à une certaine douleur pendant quelques jours après la pose.<br>• Lui conseiller de prendre de l'ibuprofène (200-400 mg), du paracétamol (325-1000 mg), ou d'autres médicaments contre la douleur si elle en a besoin.<br>• Lui dire également qu'elle risque d'avoir des saignements ou saignottements immédiatement après la pose. Cela peut durer pendant 3 à 6 mois. |
| **Elle doit vérifier la présence des fils** | • Si elle le souhaite, elle peut vérifier la présence des fils, à intervalle régulier surtout pendant les premiers mois et après les règles pour s'assurer que le DIU est toujours en place (voir Question 10, p. 156). |
| **Durée de la protection contre la grossesse** | • Discuter de la manière dont elle peut se rappeler la date à laquelle elle doit revenir.<br>• Donner à chaque femme l'information suivante par écrit, sur une carte de rappel, à l'exemple de celle montrée ci-après si possible et qui explique :<br>– le type de DIU qu'elle a<br>– la date de la pose du DIU<br>– le mois et l'année où le DIU doit être retiré ou remplacé<br>– l'endroit où elle peut se rendre si elle a des problèmes ou des questions à propos de son DIU |

**Carte de rappel du DIU**

Nom de la cliente : ____________________

Type de DIU : ____________________

Date de la pose : ____________________

Retirer ou remplacer le : Mois ______ Année ______

Si vous avez des problèmes ou des questions, se rendre à :

(nom et emplacement du service)

| | |
|---|---|
| **Visite de suivi** | • Une visite de suivi est recommandée après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose du DIU. Par contre, il ne faut en aucun cas refuser le DIU même si le suivi est difficile ou impossible. |

### *"Revenez à n'importe quel moment" : raisons de revenir*

Indiquer à chaque cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle a des problèmes, des questions, ou si elle souhaite utiliser une autre méthode. Elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé. De plus, elle peut revenir si :

- Elle pense que le DIU s'est déplacé. Par exemple, si elle :
  - ne sent plus la présence des fils
  - pense que le plastique dur du DIU est sorti partiellement.
- Elle a des symptômes d'inflammation pelvienne (douleurs croissantes ou prononcées au bas-ventre, douleurs pendant les relations sexuelles, pertes vaginales inhabituelles, fièvre, frissons, nausées et/ou vomissements), surtout pendant les 20 premiers jours après la pose.
- Elle pense être enceinte.

Conseils généraux de santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose ne va pas avec sa santé, devrait venir immédiatement pour obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne réside pas dans la méthode contraceptive mais elle devrait quand même indiquer ce qu'elle utilise à l'infirmière ou au médecin.

# Aider les utilisatrices continues

## Visite de suivi après la pose (3 à 6 semaines)

1. Demander à la cliente si tout se passe bien avec la méthode et si elle est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de quelque chose.
2. Lui demander si elle est préoccupée par les changements dans les saignements. Lui donner des informations ou lui offrir l'aide dont elle a besoin. (Voir Prise en charge des problèmes, p. 149).
3. Lui demander si elle a :
   - Des douleurs abdominales croissantes ou prononcées lors des relations sexuelles ou à la miction
   - Des pertes vaginales inexpliquées
   - De la fièvre ou des frissons
   - Des signes ou symptômes de grossesse (voir p. 371 pour les Signes et symptômes courants)
   - Si elle ne sent plus les fils (si elle a cherché à en vérifier la présence)
   - Si elle sent le plastique dur du DIU qui est sorti partiellement

4. Un examen gynécologique régulier lors de la visite de suivi n'est pas nécessaire. Par ailleurs, il est parfois indiqué dans certains contexte ou pour certaines clientes. On fera un examen gynécologique surtout si les réponses d'une cliente laissent à penser :

- Qu'il existe une infection sexuellement transmissible ou une inflammation pelvienne
- Que le DIU est sorti partiellement ou complètement

## A n'importe quelle visite

1. Demander à la cliente si elle est satisfaite de la méthode et si les changements de saignements la préoccupent (voir Visite de suivi près la pose, article 1 et 2, page précédente).
2. Demander à une cliente à long terme si elle a de nouveaux problèmes de santé. Traiter les problèmes, tel qu'il convient. Pour de nouveaux problèmes de santé qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode, voir p. 153).
3. Demander à une cliente à long terme si des changements importants sont survenus dans sa vie qui pourraient modifier ses besoins – surtout si elle a l'intention d'avoir un enfant ou si elle est exposée à un risque de contracter des IST/VIH. Un suivi s'avèrera peut-être nécessaire.
4. Lui rappeler la durée de protection contre la grossesse qui lui reste grâce au DIU.

## Retirer le dispositif intra-utérin

**IMPORTANT :** les prestataires ne doivent pas refuser ou remettre à plus tard le retrait du DIU si une femme le demande, quelle que soit sa raison, que celle-ci soit personnelle ou médicale. Tout personnel doit comprendre que la cliente ne doit jamais être forcée de continuer à utiliser le DIU.

Si une femme trouve qu'il est difficile de supporter les effets secondaires, il faudra d'abord discuter des problèmes qu'elle rencontre (voir Prise en charge des problèmes, p. 149). Voir si elle préfèrerait essayer encore une fois et contrôler les problèmes ou si elle souhaite qu'on lui retire immédiatement le DIU.

Le retrait du DIU est une opération simple. Il peut être effectué à n'importe quel moment du cycle menstruel. Le retrait peut être plus facile durant la menstruation, quand le col est naturellement plus mou. Dans le cas d'une perforation de l'utérus ou si le retrait n'est pas facile, il faut orienter la femme vers un clinicien qui a de l'expérience et qui sait se servir de la technique de retrait qui convient dans ce cas-là.

### *Expliquer la technique du retrait*

Avant de retirer le DIU, expliquer ce qui se passera lors du retrait :

1. Le prestataire insère un speculum pour visualiser le col et les fils du DIU et ensuite nettoie soigneusement le col et le vagin avec une solution antiseptique, par exemple de l'iode.
2. Le prestataire demande à la femme de respirer profondément, lentement et de se détendre. La femme devra lui indiquer si elle a mal pendant la procédure.
3. En se servant de la pince étroite, le prestataire retire les fils doucement et délicatement jusqu'à ce que le DIU sorte entièrement du col.

## *Passer du DIU à une autre méthode*

Ces directives vérifient que la cliente est protégée contre la grossesse sans interruption lorsqu'elle passe d'un DIU au cuivre ou d'un DIU hormonal à une autre méthode. Voir également Quand démarrer pour chaque méthode.

| Passer aux | Quand commencer |
|---|---|
| **Contraceptifs oraux combinés** (COC)**, Pilules aux progestatifs seuls** (PP)**, Injectables à seuls progestatifs, injectables mensuels, patch combiné, anneau vaginal combiné ou implants** | • Si elle commence pendant les 7 premiers jours des saignements menstruels (5 premiers jours pour les COC et les PP), démarrer tout de suite la méthode hormonale et retirer le DIU. Pas besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si elle démarre après les 7 premiers jours des saignements menstruels (après les 5 premiers jours pour les COC et les PP) et si elle a eu des rapports sexuels depuis ses dernières règles, démarrer immédiatement la méthode hormonale. On recommande de laisser en place le DIU jusqu'aux prochaines règles.<br>• Si elle démarre après les 7 premiers jours des saignements menstruels (après les 5 premiers jours pour les COC et les PP) et si elle n'a pas eu de relations sexuelles depuis ses dernières règles, le DIU peut rester en place et être retiré lors des prochaines règles ou le DIU peut être retiré et elle peut utiliser une méthode d'appoint pour les 7 jours suivants (2 jours pour les PP). |
| **Préservatifs masculins ou féminins, spermicides, diaphragme, cape cervicale ou retrait** | • Immédiatement, la prochaine fois qu'elle a des rapports sexuels après que le DIU ait été retiré. |
| **Méthodes de connaissance de la fécondité** | • Immédiatement après que le DIU ait été retiré. |
| **Stérilisation féminine** | • Si elle commence pendant les 7 premiers jours des saignements menstruels, retirer le DIU et effectuer l'opération de stérilisation. Point besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si elle commence après les 7 premiers jours des saignements menstruels, effectuer l'opération de stérilisation. Le DIU peut rester en place jusqu'à la prochaine visite de suivi ou lors des prochaines règles. Si une visite de suivi n'est pas possible, retirer le DIU au moment de la stérilisation. Point besoin d'une méthode d'appoint. |

| Passer aux | Quand commencer |
|---|---|
| **Vasectomie** | • A n'importe quel moment<br>• La femme peut garder le DIU pendant 3 mois après la vasectomie de son partenaire pour prévenir la grossesse jusqu'au moment où la vasectomie est entièrement efficace. |

## Prise en charge des problèmes

### *Problèmes notés comme effets secondaires ou complications*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

- Les problèmes au niveau des effets secondaires ou complications, influencent la satisfaction de la femme et l'utilisation du DIU. Ils méritent l'attention du prestataire. Si la cliente signale des effets secondaires ou des complications, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils et traiter si c'est indiqué.
- L'aider à choisir une autre méthode – à présent si elle le souhaite, ou si les problèmes ne peuvent pas être surmontés.

**Saignements abondants ou prolongés** (deux fois aussi abondants que d'habitude ou plus de 8 jours)

- La rassurer et lui indiquer que de nombreuses femmes utilisant le DIU ont des saignements abondants ou prolongés. Généralement, ce n'est pas grave et le problème s'atténue ou s'arrête après les quelques premiers mois d'utilisation.
- Pour un soulagement modeste à court terme elle peut essayer (un à la fois)
  - De l'acide tranexamique (1 500 mg) 3 fois par jour pendant 3 jours, ensuite 1 000 mg une fois par jour pendant 2 jours, en commençant dès que démarrent les saignements abondants.
  - Des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'ibuprofène (400 mg) ou l'indométacine (25 mg) 2 fois par jour après le repas pendant 5 jours, en commençant dès que démarrent les saignements abondants. D'autres AINS – sauf l'aspirine – peuvent également soulager les saignements abondants ou prolongés.
- Lui remettre des comprimés de fer si possible, et lui dire qu'il est important qu'elle mange des aliments qui contiennent du fer (voir Anémie possible, p. 150).
- Si les saignements abondants ou prolongés continuent ou démarrent après plusieurs mois de saignements normaux ou longtemps après la pose du DIU, ou si vous soupçonnez un autre problème dû à d'autres raisons, examiner les affections sous-jacentes non liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignements vaginaux inexpliqués, p. 153).

**Saignements irréguliers** (saignements à des moments inattendus qui préoccupent la cliente)

- La rassurer et lui indiquer qu'un grand nombre femmes utilisant le DIU ont des saignements irréguliers. Ce n'est pas grave et généralement ils s'atténuent ou s'arrêtent après les premiers mois d'utilisation.

- Pour un soulagement rapide elle peut essayer les AINS, tels que l'ibuprofène (400 mg) ou l'indométacine (25mg) 2 fois par jour après les repas pendant 5 jours, en commençant dès que démarrent les saignements irréguliers.
- Si les saignements irréguliers continuent ou démarrent après plusieurs mois de saignements normaux ou si vous soupçonnez un autre problème pour d'autres raisons, envisager les conditions sous-jacentes non liées à l'utilisation de la méthode (voir Saignement vaginal non expliqué, p. 153).

## Crampes et douleurs

- Elle devra s'attendre à des crampes et de la douleur pendant un ou deux jours après la pose du DIU.
- Expliquer que les crampes sont également courantes pendant les 3 premiers mois d'utilisation du DIU surtout lors des règles. Généralement, ce n'est pas dangereux et cela s'atténue avec le temps.
- Lui recommander de l'aspirine (325-650 mg), de l'ibuprofène (200-400 mg), du paracétamol (325-1 000 mg), ou autre médicament contre la douleur. Si elle a également des saignements abondants ou prolongés, l'aspirine ne devrait pas être utilisée car cela augmente les saignements.

Si les crampes continuent et surviennent en-dehors des règles :

- Evaluer pour voir s'il existe d'autres pathologies médicales et traiter ou orienter vers les services compétents.
- S'il n'existe aucune pathologie sous-jacente et si les crampes sont très prononcées, discuter de la possibilité de retirer le DIU.
  - Si le DIU retiré a l'air déformé ou si des difficultés lors du retrait semblent indiquer que le DIU n'était pas dans une position correcte, expliquer à la cliente qu'elle peut avoir un nouveau DIU qui risque de causer moins de crampes.

## Anémie possible

- Le DIU au cuivre peut contribuer à l'anémie si une femme a déjà de faibles réserves de fer avant la pose du DIU et si le DIU entraîne des saignements mensuels plus abondants.
- Prêter une attention spéciale aux utilisatrices du DIU qui présentent les signes et symptômes suivants :
  - Intérieurs des paupières ou ongles qui ont l'air pâle, peau pâle, fatigue ou faiblesse, étourdissements, irritabilité, maux de tête, bourdonnement dans les oreilles, langue aphteuse et ongles qui cassent facilement.
  - Si des tests sanguins sont disponibles, hémoglobine moins de 9 g/dl ou hématocrite moins de 30.
- Fournir des comprimés de fer si possible.
- Lui dire qu'il est important de manger des aliments qui contiennent du fer, par exemple de la viande et de la volaille (surtout du bœuf et du foie de volaille), du poisson, des légumes à feuilles vertes et des légumes secs (haricots, lentilles et petits pois).

## Le partenaire peut sentir les fils du DIU pendant les rapports sexuels

- Expliquer que si cela arrive, c'est parfois dû aux fils qui sont coupés trop courts.
- Si le partenaire trouve les fils gênants, décrire les options possibles :
  - Les fils peuvent être coupés encore plus courts de sorte qu'ils ne sortent plus par le canal cervical. Son partenaire ne sentira pas les fils mais la femme ne pourra pas non plus vérifier la présence des fils du DIU.
  - Si la femme souhaite vérifier la présence des fils du DIU, le DIU peut être retiré et un nouveau DIU sera posé (pour éviter cette gêne, les fils devraient être coupés de sorte que 3 cm sortent du col).

## Graves douleurs dans la partie inférieures de l'abdomen (inflammation pelvienne soupçonnée [PID])

- Certains signes et symptômes courants du MIP se présentent également lors d'autres pathologies abdominales, telle que la grossesse ectopique. Si une grossesse ectopique est écartée, évaluer pour déterminer une éventuelle MIP .
- Si possible, faire un examen abdominal et un examen gynécologique (voir Signes et symptômes de graves affections médicales, p. 320, pour détecter les signes d'un examen gynécologique qui indiqueraient une MIP).
- Si l'examen gynécologique n'est pas possible, et si elle présente une combinaison des signes et symptômes suivants, en plus d'une douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, soupçonner une MIP :
  - Pertes vaginales inhabituelles
  - Fièvre ou frissons
  - Douleurs lors des rapports sexuels ou la miction
  - Saignements après les rapports sexuels ou entre les règles
  - Nausées et vomissements
  - Masse pelvienne sensible
  - Douleurs lorsque l'on presse doucement sur l'abdomen (sensibilité abdominale directe) ou lorsque l'on presse doucement et que l'on relâche soudainement (sensibilité abdominale au rebond)
- Traiter l'inflammation pelvienne, ou envoyer immédiatement vers les services de traitement :
  - Vu les graves conséquences d'une MIP, les prestataires de soins de santé devraient traiter tous les cas soupçonnés en fonction des signes et des symptômes susmentionnés. Le traitement devrait démarrer aussi rapidement que possible. Le traitement est plus efficace pour prévenir les complications à long terme si les antibiotiques adéquats sont donnés immédiatement.
  - Traiter pour gonorrhée, chlamydia et infections bactériennes anaérobies. Donner les conseils à la cliente sur l'utilisation du préservatif et si possible, lui remettre des préservatifs.
  - Point besoin de retirer le DIU si elle souhaite continuer à l'utiliser. Si elle veut qu'on lui retire le DIU, le retirer après avoir commencé un traitement aux antibiotiques. (Si le DIU est retiré, voir Passer du DIU à une autre méthode, p. 148.)

### Vives douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen (grossesse ectopique soupçonnée)

- Bien des problèmes ou affections peuvent causer de vives douleurs au bas ventre. Faire particulièrement attention aux signes ou symptômes supplémentaires d'une grossesse ectopique, problème rare mais qui peut mettre la vie en danger (voir Question 11, p. 156).
- Dans les premiers stades d'une grossesse ectopique, les symptômes peuvent être absents ou bénins, mais par la suite ils deviendront graves. Une combinaison de ces signes ou symptômes devra faire soupçonner davantage la grossesse ectopique :
  - Douleurs ou sensibilités abdominales inhabituelles
  - Saignements vaginaux anormaux ou pas de saignements mensuels du tout – surtout si c'est un changement par rapport au mode de saignements habituel
  - Etourdissement ou tête qui tourne
  - Evanouissement
- Si l'on soupçonne une grossesse ectopique ou autre grave problème de santé, orienter immédiatement vers les services adéquats de diagnostics et de soins. (voir Stérilisation féminine, Prise en charge de la grossesse ectopique, p. 179, pour de plus amples informations sur les grossesses ectopiques).
- Si la cliente ne présente pas ces symptômes ou ces signes, faire un bilan pour déterminer s'il existe une inflammation pelvienne (voir Vives douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen p. 151).

### Perforation soupçonnée de l'utérus

- Si l'on soupçonne une perforation au moment de la pose du DIU ou du sondage de l'utérus, arrêter immédiatement la procédure (et retirer le DIU s'il est inséré). Observer attentivement la cliente dans le centre de santé :
  - Pendant la première heure, lui demander de garder le lit et vérifier ses signes vitaux (tension artérielle, pouls, respiration et température) toutes les 5 à 10 minutes.
  - Si la femme reste stable après une heure, vérifier les signes de saignement intra-abdominal, par exemple faible taux d'hématocrite ou d'hémoglobine, si possible et ses signes vitaux. Observer pendant plusieurs heures. Si elle ne présente pas de signes ou de symptômes, elle peut rentrer chez elle mais elle devrait éviter des rapports sexuels pendant 2 semaines. L'aider à choisir une autre méthode.
  - Si elle a un pouls rapide et une tension artérielle qui chute ou de nouvelles douleurs ou encore des douleurs qui deviennent de plus en plus vives autour de l'utérus, l'orienter vers un niveau supérieur de soins.
  - Si l'on soupçonne une perforation de l'utérus dans les 6 semaines suivant la pose ou si on l'a soupçonne plus tard et si elle cause des symptômes, orienter la cliente vers un clinicien qui a de l'expérience pour retirer ce type de DIU (voir Question 6, p. 155).

### DIU qui est sorti partiellement (expulsion partielle)

- Si le DIU est sorti partiellement, il faut le retirer. Demander à la cliente si elle souhaite un autre DIU ou préférerait changer de méthode. Si elle souhaite un autre DIU, on le pose à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Si la cliente ne veut pas continuer à utiliser un DIU, l'aider à choisir une autre méthode.

**DIU qui est sorti entièrement** (expulsion complète)

- Si la cliente signale que le DIU est sorti, lui demander si elle souhaite un autre DIU ou si elle veut une méthode différente. Si elle souhaite un autre DIU, on peut l'insérer à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
- Si une expulsion complète est soupçonnée et si la cliente ne sait pas si le DIU est sorti, l'orienter vers les services de radiographie ou d'ultrason pour évaluer si le DIU aurait pu se déplacer vers la cavité abdominale. Lui remettre une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser en attendant.

**Fils manquants** (suggérant une grossesse, une perforation de l'utérus ou une expulsion possibles)

- Demander à la cliente :
  - Si elle a vu le DIU sortir et quand elle l'a vu sortir
  - Quand elle a senti pour la dernière fois les fils
  - Quand elle a eu ses dernières règles
  - Si elle note des symptômes de grossesse
  - Si elle a utilisé une méthode d'appoint depuis qu'elle a noté que les fils étaient manquants
- Commencer toujours par des procédures mineures et sans risque et agir en douceur. Vérifier la présence des fils dans les replis du canal cervical à l'aide de pinces. Environ la moitié des fils manquants du DIU devraient se trouver dans le canal cervical.
- Si les fils ne peuvent pas être localisés dans le canal cervical, soit qu'ils sont remontés dans l'utérus, soit que le DIU a été expulsé sans que la cliente ne l'ait remarqué. Eliminer la possibilité d'une grossesse avant de passer à des procédures plus invasives. L'orienter vers des services pour faire un bilan. Lui remettre une méthode d'appoint qu'elle utilisera en attendant, au cas ou le DIU serait sorti.

## *Nouveaux problèmes qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

**Saignements vaginaux inexpliqués** (qui suggèrent une affection médicale non liée à la méthode)

- L'orienter vers les services compétents ou évaluer par anamnèse ou examen gynécologique. Diagnostiquer et traiter tel qu'indiqué.
- Elle peut continuer à utiliser le DIU pendant que son état est évalué.
- Si les saignements sont causés par une infection sexuellement transmissible ou une inflammation pelvienne, elle peut continuer à utiliser le DIU pendant le traitement.

**Grossesse soupçonnée**

- Evaluer la possibilité d'une grossesse, y compris une grossesse ectopique.

- Expliquer qu'un DIU qui se trouve dans l'utérus pendant la grossesse augmente le risque d'un accouchement prématuré ou d'une fausse couche y compris une fausse couche infectée (septique) pendant le premier ou le second trimestre, et que cela peut mettre la vie en danger.
- Si la femme ne veut pas poursuivre la grossesse, lui donner les conseils conformément aux directives du programme.
- Si elle poursuit la grossesse :
  - Lui conseiller qu'il vaut mieux retirer le DIU.
  - Expliquer les risques d'une grossesse lorsqu'un DIU se trouve en place. Le retrait précoce du DIU diminue ces risques, bien que la procédure de retrait en elle-même entraîne un petit risque de fausse couche.
  - Si elle est d'accord pour que le DIU soit retiré, retirer en douceur le DIU ou orienter la femme vers les services de retrait.
  - Expliquer qu'elle devrait revenir immédiatement si elle note des signes de fausse couche ou de fausse couche septique (saignements vaginaux, crampes, douleurs, pertes vaginales anormales ou fièvre).
  - Si elle choisit de garder le DIU, sa grossesse devra être suivie par une infirmière ou un médecin. Elle devra consulter une infirmière ou un médecin tout de suite, si elle note des signes de fausse couche septique.
- Si les fils du DIU ne se trouvent pas dans le canal cervical et si le DIU ne peut pas être retiré sans risque, l'orienter vers les services d'ultrasons, si c'est possible, pour déterminer si le DIU se trouve encore dans l'utérus. Si tel est le cas, ou si l'ultrason n'est pas disponible, il faudra suivre de près sa grossesse. Elle devra consulter tout de suite les services compétents si elle note des signes de fausse couche septique.

# Questions et réponses sur le dispositif intra-utérin

**1. Est-ce que le DIU cause une inflammation pelvienne (MIP) ?**

En lui-même, le DIU ne cause pas une inflammation pelvienne. La gonorrhée et l'infection à chlamydia sont les causes directes principales d'une inflammation pelvienne. La pose du DIU lorsqu'une femme est infectée par la gonorrhée ou l'infection à chlamydia, pourrait cependant mener à une MIP. Cela n'arrive pas souvent. Si cela est le cas, cela se présente le plus probablement pendant les 20 premiers jours après la pose du DIU. D'après les estimations, dans un groupe de clientes où les IST sont courantes et où les questions de dépistage ont identifié la moitié des cas de IST, il pourrait y avoir un cas d'inflammation pelvienne pour 666 poses de DIU (ou moins de 2 pour 1 000) (voir Evaluer les femmes pour détecter le risque d'infections sexuellement transmissibles p. 138).

**2. Est-ce que les femmes jeunes et les femmes plus âgées peuvent utiliser le DIU ?**

Oui. Il n'existe pas de limite d'âge minimum ou maximum. Un DIU sera retiré après la ménopause dans les 12 mois après les dernières règles (voir Femmes proches de la ménopause, p. 272).

3. **Si une utilisatrice actuelle du DIU a une infection sexuellement transmissible (IST) ou si elle est exposée à un risque individuel très élevé d'être infectée par une IST, est-ce que le DIU devrait être retiré ?**
Non. Si une femme contracte une nouvelle IST après la pause du DIU, elle ne court pas spécialement un risque de contracter une inflammation pelvienne à cause du DIU. Elle peut continuer à utiliser le DIU pendant qu'elle est traitée pour une IST. Le retrait du DIU ne comporte aucun avantage et pourrait l'exposer au risque d'une grossesse non souhaitée. Lui conseiller d'utiliser un préservatif et d'autres stratégies pour éviter à l'avenir les IST.

4. **Est-ce que le DIU peut rendre une femme stérile ?**
Non. Une femme peut tomber enceinte une fois le DIU retiré tout aussi rapidement qu'une femme qui n'a jamais utilisé un DIU, bien que la fécondité diminue au fur et à mesure que vieillit une femme. De bonnes études ne constatent aucun risque accru de stérilité chez les femmes qui ont utilisé le DIU, y compris chez les jeunes femmes et les femmes sans enfants. Qu'une femme ait ou non un DIU, si elle contracte une inflammation pelvienne et si elle n'est pas traitée, il existe le risque qu'elle devienne stérile.

5. **Est-ce qu'une femme qui n'a jamais eu de bébé peut utiliser un DIU ?**
Oui, une femme qui n'a pas eu d'enfant peut généralement utiliser un DIU bien qu'elle doive savoir que le DIU risque davantage de sortir, car l'utérus est plus petit que l'utérus d'une femme qui a déjà accouché.

6. **Est-ce que le DIU peut se déplacer de l'utérus d'une femme à d'autres parties de son corps, tels que son cœur ou son cerveau ?**
Le DIU ne se déplace jamais vers le cœur, le cerveau ou autre partie du corps à l'extérieur de l'abdomen. Généralement, le DIU reste en place dans l'utérus comme une graine dans son enveloppe. Il est rare que le DIU traverse la paroi de l'utérus pour passer dans la cavité abdominale. C'est souvent dû à une erreur au moment de la pose. Si cela est découvert dans les 6 semaines ou de suite après la pose, ou si cela cause des symptômes à n'importe quel moment, il faudra retirer le DIU par chirurgie laparoscopique ou laparotomique. Généralement, un DIU délogé ne cause pas de problème et pourra être laissé à l'endroit où il se trouve. La femme aura besoin d'une autre méthode contraceptive.

7. **Est-ce qu'une femme devrait avoir "une période de repos" après avoir utilisé son DIU pendant plusieurs années ou après que le DIU arrive à la date à laquelle il doit être retiré ?**
Non. Ce n'est pas nécessaire et cela pourrait être dangereux. Retirer l'ancien DIU et poser immédiatement un nouveau DIU pose moins de risque d'infection que les deux techniques séparées. De plus, une femme pourrait tomber enceinte pendant la période de repos avant la pose du nouveau DIU.

**8. Est-ce que des antibiotiques devraient être donnés régulièrement avant la pose du DIU ?**

Généralement non. Les recherches les plus récentes faites dans les endroits ou les IST ne sont pas courantes, nous indiquent que le risque d'inflammation pelvienne est faible avec ou sans antibiotique. Si les bonnes questions de dépistage du risque de contracter des IUD sont utilisées et si la pose du DIU est faite avec les bonnes techniques de prévention des infections (y compris la technique sans toucher) il n'existe que peu de risque d'infection. Par ailleurs, on pourra envisager l'utilisation d'antibiotiques dans les régions où les IST sont courantes et où le dépistage des IST est limité.

**9. Est-ce qu'un DIU doit être posé uniquement lorsqu'une femme a ses règles ?**

Non. Pour une femme qui a ses cycles menstruels, un DIU peut être posé à n'importe quel moment pendant son cycle menstruel si l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. La pose du DIU au moment des règles est un bon moment, car il n'y a que peu de risque qu'elle soit enceinte et la pose peut être plus facile. Il n'est cependant pas aussi facile de voir les signes d'infection lors des règles.

**10. Faudrait-il refuser un DIU à une femme qui ne souhaite pas vérifier la présence des fils du DIU ?**

Non. On ne refusera pas un DIU à une femme parce qu'elle n'est pas prête à vérifier la présence des fils. On a exagéré l'importance de vérifier la présence des fils. Il est rare que le DIU sorte et il est rare qu'il sorte sans que la femme le remarque.

Le DIU risque surtout de sortir lors des premiers mois après la pose, lors des règles, chez les femmes qui ont eu un DIU posé peu après l'accouchement, l'avortement du second trimestre ou une fausse couche ou chez les femmes qui n'ont jamais été enceintes. Une femme peut vérifier la présence des fils si elle veut être rassurée qu'il est toujours en place. Où si elle ne veut pas vérifier la présence des fils, elle peut observer attentivement pendant le premier mois ou lors des règles pour voir si le DIU est sorti.

**11. Est-ce que le DIU augmente le risque de grossesse ectopique ?**

Non. Au contraire, le DIU diminue grandement le risque d'une grossesse ectopique. Les grossesses ectopiques sont rares chez les utilisatrices du DIU. Le taux d'une grossesse ectopique chez les femmes avec des DIU est de 12 pour 10 000 femmes par an. Le taux de grossesse ectopique chez les femmes aux Etats-Unis n'utilisant aucune méthode contraceptive est de 65 pour 10 000 femmes par an.

Dans les rares cas d'échec du DIU et si une grossesse survient, 6 à 8 sur 100 de ces grossesses sont ectopiques. Aussi, la vaste majorité des grossesses après échec du DIU ne sont pas ectopiques. Une grossesse ectopique est pourtant très grave et peut mettre la vie en danger, par conséquent, un prestataire doit être conscient de la possibilité d'une grossesse ectopique si le DIU échoue.




# Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel



## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Protection contre la grossesse à long terme.** Très efficace pendant 5 ans, réversible immédiatement.
- **Posé dans l'utérus par un prestataire ayant reçu une formation spéciale.**
- **Ne demande que peu de chose de la cliente une fois que le LNG-IUD est en place.**
- **Les changements de saignements sont courants mais ne sont pas dangereux.** En général, des saignements plus légers et moins de jours de saignements ou alors des saignements irréguliers ou peu fréquents.

## Qu'est le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel ?

- Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (LNG-IUD) est une armature en plastique en forme de T qui libère régulièrement de petites quantités de lévonorgestrel chaque jour. (Le lévonorgestrel est un progestatif très utilisé dans les implants et dans les pilules contraceptives orales).
- Un prestataire de soins de santé tout spécifiquement formé pose le LNG-IUD dans l'utérus d'une femme en passant par le vagin et le col.
- Egalement appelé le système intra-utérin libérant du lévonorgestrel, LNG-IUS, ou DIU hormonal.
- Vendu sous le nom de marque Mirena.
- Agit essentiellement en supprimant la croissance du revêtement de l'utérus (endomètre).

## Quelle est son efficacité ?




*L'une des méthodes les plus efficaces et les plus durables :*

- Moins d'une grossesse pour 100 utilisant un LNG-IUD pendant la première année (2 pour 1 000 femmes). Cela signifie que 998 sur 1 000 femmes utilisant le LNG-IUD ne tomberont pas enceintes.
- Un petit risque de grossesse subsiste au-delà de la première année d'utilisation et continue tant que la femme utilise le LNG-IUD.
  – sur 5 années d'utilisation du LNG-IUD, moins d'une grossesse pour 100 femmes (5 à 8 pour 1 000 femmes).
- Approuvé pour jusqu'à 5 ans d'utilisation.

*Retour de la fécondité après que le LNG-IUD soit retiré :* aucun retard

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé et complications

### *Effets secondaires*

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- Changement dans les modes de saignements, notamment :
  – Saignements plus légers et moins de jours de saignements
  – saignements peu fréquents
  – Saignements irréguliers
  – Pas de saignement menstruel
  – Saignements prolongés
- Acné
- Maux de tête
- Sensibilités ou douleurs aux seins
- Nausées
- Prise de poids
- Etourdissements
- Sautes d'humeur

Autres changements physiques possibles :

- Kystes ovariens

## *Avantages connus pour la santé et risques connus pour la santé*

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse
- L'anémie ferriprive

Peut aider à protéger contre :

- Les inflammations pelviennes

Diminue :

- Les crampes menstruelles
- Les symptômes de l'endométriose (douleurs pelviennes, saignements irréguliers)

## *Risques connus pour la santé*

Aucun

## *Complications*

Rares :

- Perforation de la paroi de l'utérus par le LNG-IUD ou instrument utilisé pour l'insertion, se guérit généralement sans traitement.

Très rares :

- Fausses couches, naissances prématurées ou infection dans le cas très rare où une femme tombe enceinte avec le LNG-IUD en place.



# Qui peut et qui ne peut pas utiliser le DIU au lévonorgestrel

## Sans risques et qui convient à pratiquement toutes les femmes

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser le LNG-IUD efficacement et sans risques.

### Critères de recevabilité médicale pour

# Le DIU au lévonorgestrel

*Poser à la cliente les questions sur les critères de recevabilité médicales pour le DIU au cuivre (voir p. 135).* Poser également les questions ci-après sur des affections médicales connues. Si elle répond "non" à toutes les questions ici et pour le DIU au cuivre, alors on peut poser le LNG-IUD si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à une question, suivre les instructions. Dans certains cas, on peut quand même poser le LNG-IUD.

**1. Est-ce que vous avez accouché il y moins de 4 semaines ?**

❑ NON ❑ **OUI** On peut poser le LNG-IUD dès 4 semaines après l'accouchement. (Voir Quand commencer, page suivante).

**2. Avez –vous actuellement un caillot sanguin dans les veines profondes de vos jambes ou de vos poumons ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle indique un caillot de sang actuel, sauf des caillots superficiels, l'aider à choisir une méthode sans hormone.

**3. Souffrez-vous d'une grave cirrhose du foie, d'une infection au foie ou d'une tumeur au foie ? (A-t-elle des yeux ou peau inhabituellement jaunes ? [signes de jaunisse])**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle signale une grave maladie active du foie (jaunisse, hépatite active, grave cirrhose, tumeur au foie) ne pas lui fournir le LNG-IUD. L'aider à choisir une méthode sans hormones.

**4. Est-ce que vous avez actuellement ou est-ce que vous avez déjà eu un cancer du sein ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas poser le LNG-IUD. L'aider à choisir une méthode sans hormone.

Pour une classification complète, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception p. 324. Expliquer les avantages et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'utilisera la cliente. De plus, indiquer toute affection qui ferait que la méthode n'est pas recommandée dans le cas de la cliente.

## Faire appel au jugement clinique dans les cas spéciaux

Généralement, une femme souffrant de l'une des affections ci-après ne devrait pas utiliser le LNG-IUD. Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, lorsque d'autres méthodes plus adéquates ne sont pas disponibles ou ne sont pas acceptables pour elle, un prestataire qualifié pourra évaluer attentivement l'état et la situation de la femme en question et décider si on peut ou non poser le DIU. Le prestataire doit envisager la gravité de son problème et, pour la plupart des affections, déterminer si elle a accès au suivi.

- Se trouve à moins de 4 semaines depuis l'accouchement
- Souffre actuellement d'un caillot de sang dans les veines profondes des jambes ou des poumons
- A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans qui n'est pas revenu
- Souffre d'une grave maladie, infection ou tumeur au foie

Voir également DIU au cuivre, Faire appel au jugement clinique dans les cas spéciaux, page 136.



# Fourniture du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel

## Quand commencer

**IMPORTANT :** Dans bien des cas, une femme peut commencer à utiliser le LNG-IUD à n'importe quel moment, si l'on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, on peut utiliser la Liste de vérification de la grossesse (voir p. 372).

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A ses cycles menstruels ou a arrêté une méthode non hormonale** | **A n'importe quel moment du mois**<br>• Si elle commence dans les 7 jours qui suivent le début de ses règles, pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après le début de ses règles, elle peut avoir le LNG-IUD inséré à n'importe quel moment, si elle est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint* pendant les 7 premiers jours après la pose. |

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Quand elle arrête une autre méthode** | • Immédiatement, si elle utilisait la méthode hormonale régulièrement et correctement et si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pas la peine d'attendre les prochaines règles. Pas la peine d'utiliser une méthode d'appoint.<br>• Si elle utilisait les injectables, elle peut avoir le LNG-IUD inséré au moment où elle aurait dû recevoir l'injection répétée. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après la pose. |
| **Pratique l'allaitement complet ou quasi complet**<br>Se trouve à moins de 6 mois après l'accouchement | • Si elle a accouché il y a moins de 4 semaines, remettre la pose jusqu'à 4 semaines au moins après l'accouchement.<br>• Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir le LNG-IUD inséré à n'importe quel moment entre 4 semaines et 6 mois. Point besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir le LNG-IUD inséré tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page 161). |
| Se trouve à plus de 6 mois après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir le LNG-IUD inséré à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après la pose.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir le LNG-IUD inséré, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page 161). |
| **Pratique l'allaitement maternel partiel ou n'allaite pas**<br>Se trouve à moins de 4 semaines après l'accouchement | • Remettre la pose du LNG-IUD jusqu'à 4 semaines au moins après l'accouchement. |

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Pratique l'allaitement maternel partiel ou n'allaite pas** (continué) | |
| Se trouve à plus de 4 semaines après l'accouchement | • Si ses règles ne sont pas revenues, elle peut avoir le LNG-IUD inséré à n'importe quel moment *si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte*. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après la pose.<br>• Si ses règles sont revenues, elle peut avoir le LNG-IUD inséré tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels (voir page 161). |
| **N'a pas ses règles** (n'est pas lié à l'accouchement ou à l'allaitement) | • A n'importe quel moment, *si on peut déterminer qu'elle n'est pas enceinte.* Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après la pose. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | • Immédiatement, si le LNG-IUD est inséré dans les 7 jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre et si aucune infection n'est présente. Point besoin d'une méthode d'appoint.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après une fausse couche ou un avortement du premier ou du second trimestre, elle peut avoir le LNG-IUD inséré à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle aura besoin d'une méthode d'appoint pendant les 7 premiers jours après la pose.<br>• Si une infection est présente, aider la cliente à choisir une autre méthode. Si elle souhaite quand même utiliser le LNG-IUD, il peut être inséré une fois l'infection guérie.<br>• La pose du LNG-IUD après l'avortement ou la fausse couche du second trimestre exige une formation spéciale. Si on ne dispose pas d'un prestataire spécialement formé, remettre la pose du DIU jusqu'à 4 semaines au moins après la fausse couche ou l'avortement. |
| **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • Le LNG-IUD peut être inséré dans les 7 jours qui suivent le début des prochaines règles ou à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Lui remettre une méthode d'appoint, ou des contraceptifs oraux qu'elle pourra commencer le jour après la prise de la PCU jusqu'au moment de la pose du LNG-IUD. |

## Donner des conseils sur les effets secondaires

**IMPORTANT :** Des conseils attentifs sur les changements dans les saignements et autres effets secondaires doivent être donnés avant d'insérer les implants. Les conseils sur les changements dans les saignements représentent probablement l'aide la plus importante dont une femme a besoin pour continuer à utiliser la méthode.

| | |
|---|---|
| **Décrire les effets secondaires les plus courants** | • Changements dans les modes de saignements :<br>– Pas de saignements menstruels, saignements plus légers, moins de jours de saignement, saignements peu fréquents ou irréguliers.<br>• Acné, maux de tête, sensibilité et douleurs aux seins et probablement d'autres effets secondaires. |
| **Expliquer à propos de ces effets secondaires** | • Les changements de saignement ne sont pas un signe de maladie.<br>• La plupart des effets secondaires s'atténuent généralement après les premiers mois de la pose du DIU.<br>• La cliente peut revenir pour obtenir de l'aide si les effets secondaires la préoccupent. |

# La stérilisation féminine

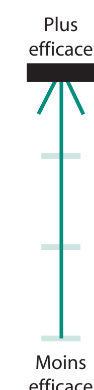
## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Permanente.** Vise à conférer une protection très efficace et permanente contre la grossesse qui dure pendant toute la vie. Généralement, elle n'est pas réversible.
- **Suppose un examen physique et un acte chirurgical.** La technique est faite par un prestataire qui a suivi une formation spéciale.
- **Pas d'effets secondaires à long terme.**



## Qu'est-ce que la stérilisation féminine ?

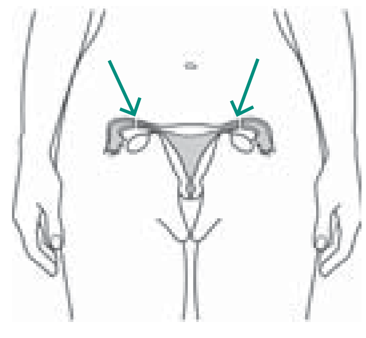
- Contraception permanente pour les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfant.
- Deux approches chirurgicales utilisées le plus souvent :
  - La minilaparotomie qui suppose une petite incision dans l'abdomen. Les trompes de Fallope sont sorties par l'insertion et sont coupées ou obturées.
  - La laparoscopie consiste à insérer dans l'abdomen un long tube fin avec des lentilles, en passant par une petite incision. Cette laparoscopie permet au médecin de voir et d'obturer ou de couper les trompes de Fallope dans l'abdomen
- Egalement appelée la stérilisation tubaire, la ligature des trompes, la conception chirurgicale volontaire, la tubectomie, la ligature bitubaire, nouer les trompes, la minilaparotomie et "l'opération".
- Agit parce que les trompes de Fallope sont obturées ou coupées. Les ovules libérés des ovocytes ne peuvent pas se déplacer dans les trompes et ne peuvent donc pas rencontrer les spermatozoïdes.




## Quelle est son efficacité ?

*L'une des méthodes les plus efficaces qui comporte un petit risque d'échec :*

- Moins d'une grossesse pour 100 femmes pendant la première année qui suit l'opération de stérilisation (5 pour 1 000). Cela signifie que 995 femmes sur 1 000 qui dépendent de la stérilisation féminine ne tomberont pas enceintes.



- Il subsiste un petit risque de grossesse au-delà de la première année d'utilisation et jusqu'à ce que la femme arrive à la ménopause.
  - Plus de 10 années d'utilisation : environ 2 grossesses pour 100 femmes (18 à 19 pour 1 000 femmes).
- L'efficacité varie légèrement selon la manière dont les trompes sont obturées, mais les taux de grossesse sont faibles avec toutes les techniques. Une des techniques les plus efficaces consiste à couper et à nouer les bouts des trompes de Fallope après l'accouchement (ligature tubaire).

*La fécondité ne revient pas, car généralement la stérilisation ne peux pas être arrêtée ou inversée.* La technique est une technique permanente. La reperméabilisation est difficile, chère et n'est pas disponible dans la plupart des centres. Lorsqu'elle est réalisée, la reperméabilisation ne permet que rarement une grossesse (voir Question 7, p. 181).

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* Aucune

## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé et complications

### Effets secondaires

Aucun

### Avantages connus pour la santé

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse
- Les inflammations pelviennes (PID)

Peut aider à protéger contre :

- Le cancer des ovaires

### Risques connus pour la santé

Peu fréquents ou extrêmement rares :

- Complications de la chirurgie et de l'anesthésie (voir ci-après)

### Complications de la chirurgie (voir également Prise en charge des problèmes, p. 178)

Peu communes à extrêmement rares :

- La stérilisation féminine est une méthode de contraception sans risques. Elle suppose un acte chirurgical et une anesthésie, mais comporte certains risques comme l'infection ou l'abcès de la plaie. De graves complications sont rares. Le décès imputable à la technique ou à l'anesthésie est extrêmement rare.

Le risque de complications avec l'anesthésie locale est nettement moindre qu'avec l'anesthésie générale. Les complications peuvent être maintenues à un minimum si les bonnes techniques sont utilisées et si la technique est réalisée dans un contexte adéquat.

***Corriger les conceptions erronées*** (voir également Questions et réponses, p. 180)

La stérilisation féminine :

- Ne rend pas les femmes faibles.
- N'entraîne pas de douleur durable dans le dos, dans l'utérus ou dans l'abdomen.
- Ne retire pas l'utérus de la femme ou ne fait pas qu'il faille par la suite le retirer.
- Ne cause pas de déséquilibres hormonaux.
- Ne cause pas de saignements plus abondants ou de saignements irréguliers et ne change pas non plus les cycles menstruels de la femme.
- Ne cause pas de changement dans le poids, dans l'appétit ou dans l'apparence.
- Ne change pas le comportement sexuel ou la libido d'une femme.
- Diminue nettement le risque d'une grossesse ectopique.



# Qui peut avoir une stérilisation féminine

## Sans risques pour toutes les femmes

Avec des bons conseils et un consentement informé, toute femme peut avoir une stérilisation sans que cela ne comporte de risque, y compris les femmes qui :

- N'ont pas d'enfant ou ont peu d'enfants
- Ne sont pas mariées
- N'ont pas l'autorisation du mari
- Sont jeunes
- Viennent d'accoucher (dans les derniers 7 jours)
- Allaitent encore
- Sont infectées par le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement antirétroviral (voir Stérilisation féminine pour les femmes avec VIH, p.171)

Dans certaines situations, des conseils particuliers et attentifs sont importants pour vérifier que la femme ne regrettera pas sa décision (voir Parce que la stérilisation est permanente, p. 174).

Les femmes peuvent avoir une stérilisation féminine :

- Sans faire de test de sang ou de tests de laboratoire routiniers
- Sans dépistage de cancer du col
- Même si une femme n'a pas ses règles pour le moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est enceinte (voir Liste de vérification de la grossesse, p. 372)

## Pourquoi certaines femmes disent qu'elles apprécient la stérilisation féminine

- N'a pas d'effets secondaires
- Pas besoin de se préoccuper de la contraception par la suite
- Facile à utiliser, rien à faire et rien à se rappele



### Critères de recevabilité médicale pour

# La stérilisation féminine

*Toutes les femmes peuvent avoir une stérilisation.* Aucune affection ou pathologie médicale n'empêche une femme d'avoir recours à la stérilisation féminine. Cette liste de vérification demande à la cliente quelles sont les conditions médicales connues qui pourraient limiter quand ou comment, devra être exécutée la procédure de stérilisation féminine. Poser les questions ci-après à la cliente. Si la réponse est "non" à toutes les questions alors la stérilisation féminine peut être exécutée dans un centre régulier sans attendre. Si la réponse à une question est "oui", suivre les instructions qui recommandent de procéder avec prudence, remettre à plus tard ou encore prendre des arrangements spéciaux.

Dans la liste de vérification ci-après :

- *Prudence* signifie que la technique peut être exécutée dans un contexte routinier mais avec des préparations et des précautions supplémentaires, suivant l'affection.
- *Remettre à plus tard* signifie attendre avant la stérilisation féminine. Les pathologies doivent être traitées et résolues avant que la stérilisation féminine ne puisse être exécutée. Remettre à la cliente une autre méthode qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que la procédure soit exécutée.

- *Arrangements spéciaux* signifie une organisation spéciale pour exécuter la technique dans un contexte qui dispose d'un chirurgien et d'un personnel expérimentés, ainsi que du matériel nécessaire pour faire l'anesthésie générale et apporter un autre soutien médical en cas de nécessité. Il faut également disposer de la capacité nécessaire pour décider quels sont la technique et le mode d'anesthésie le plus adéquat. Remettre à la cliente une autre méthode qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce que l'intervention soit exécutée.

**1. Avez-vous actuellement des affections ou des problèmes féminins courants ou passés ? (Affections ou problèmes gynécologiques ou obstétricaux) par exemple une infection ou un cancer ? Dans l'affirmative, quels sont les problèmes ?**

❑ NON ❑ **OUI** Si elle a les problèmes suivants, procéder avec *prudence* :

- Inflammation pelvienne passée depuis la dernière grossesse
- Cancer du sein
- Fibrome utérin
- Chirurgie abdominale ou pelvienne précédente

▶ Si elle a l'un des problèmes suivants, remettre à plus tard la stérilisation féminine

- Grossesse actuelle
- 7 à 42 jours du post-partum
- Post-partum après une grossesse avec grave prééclampsie ou éclampsie
- Graves complications post-partum ou post-avortement (infection, hémorragie ou traumatisme) sauf rupture ou perforation de l'utérus (spécial ; voir ci-après)
- Une grande quantité de sang dans l'utérus
- Saignement vaginal non expliqué qui indique une affection médicale sous-jacente
- Inflammation pelvienne
- Cervicite purulente, infection à chlamydia ou gonorrhée
- Cancer du col (traitement qui peut la rendre stérile de toutes les manières)
- Maladie trophoblastique maligne

▶ Si elle a l'un des problèmes suivants, prendre des *arrangements spéciaux* :

- Sida (voir Stérilisation féminine pour les femmes souffrant du VIH, p. 171)
- Utérus fixe suite à une chirurgie ou infection précédente
- Endométriose
- Hernie (paroi abdominale ou ombilicale)
- Rupture ou perforation du post-partum ou post-avortement

*(Suite à la page suivante)*

**2. Est-ce que vous avez des pathologies cardiovasculaires, par exemple cardiopathie, attaque, tension artérielle ou complication liée au diabète ? Dans l'affirmative, lesquelles ?**

❑ NON **❑ OUI** Si elle a l'un des problèmes suivants, procéder avec *prudence* :

- Tension artérielle contrôlée
- Tension artérielle bénigne (140/90 à 159/99 mm Hg)
- Attaque ou maladie cardiaque dans le passé sans complications

▶ Si elle a l'un des problèmes suivants, *remettre à plus tard* la stérilisation féminine :

- Maladie cardiaque suite à des artères bloquées ou rétrécies
- Caillots sanguins dans les veines profondes des jambes ou des poumons

▶ Si elle a l'un des problèmes suivants, prendre des arrangements *spéciaux*

- Plusieurs affections qui, prises ensemble, augmentent les risques de maladie cardiaque ou d'attaque, par exemple l'âge avancé, le tabagisme, la tension artérielle élevée ou le diabète
- Tension artérielle modérément élevée ou très élevée (160/100 mm Hg ou plus élevée)
- Diabète depuis plus de 20 ans ou lésions aux artères, à la vision, aux reins ou au système nerveux, causées par le diabète
- Valvulopathie compliquée

**3. Est-ce que vous souffrez d'une longue maladie ou autres pathologies ? Dans l'affirmative, lesquelles ?**

❑ NON **❑ OUI** Si elle a l'une des pathologies suivantes, procéder avec *prudence* :

- Epilepsie
- Diabète sans que ne soient endommagés les artères, la vision, les reins ou le système nerveux
- Hyperthyroïdisme
- Légère cirrhose du foie, tumeur au foie (est-ce que ses yeux ou sa peau sont inhabituellement jaunes), ou schistosomiase avec fibrose du foie
- Anémie ferriprive modérée (hémoglobine 7-10 g/dl)
- Trepanositose
- Anémie héritée (thalassémie)
- Maladie des reins

- Hernie diaphragmatique
- Dénutrition grave (est-elle extrêmement mince ?)
- Obésité (A-t-elle de l'embonpoint?)
- Chirurgie abdominale élective au moment où elle souhaite se faire stériliser
- Dépression
- Jeune âge

▶ Si elle souffre de l'un des problèmes suivants, *remettre à plus tard* la stérilisation féminine :

- Maladie de la vésicule biliaire avec symptômes
- Hépatite virale active
- Grave anémie ferriprive (Hémoglobine de moins de 7 g/dl)
- Maladie des poumons (bronchite ou pneumonie)
- Infection systémique ou gastroentérite grave
- Infection de la peau abdominale
- Chirurgie abdominale en cas d'urgence ou infection ou chirurgie majeure avec immobilisation prolongée

▶ Si elle souffre de l'un des problèmes suivants, prendre des *arrangements spéciaux* :

- Grave cirrhose du foie
- Hyperthyroïdisme
- Trouble de la coagulation (le sang ne coagule pas)
- Maladie chronique des poumons (asthme, bronchite, emphysème, infection des poumons)
- Tuberculose pelvienne

## Stérilisation féminine pour les femmes vivant avec le VIH

- Les femmes qui sont infectées par le VIH, qui sont atteintes du sida ou qui suivent un traitement antirétroviral (ARV) peuvent avoir une stérilisation sans s'exposer à des risques. Des arrangements spéciaux seront pris pour exécuter une stérilisation féminine chez une femme atteinte de sida.
- Recommander vivement à ces femmes d'utiliser des préservatifs en plus de la stérilisation féminine. Utilisés régulièrement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d'autres IST.
- Personne ne sera forcée d'avoir une stérilisation pas même les femmes vivant avec le VIH.

# Réalisation de la stérilisation féminine

## Quand exécuter l'intervention

**IMPORTANTE :** S'il n'existe aucune raison de remettre à plus tard l'intervention, une femme peut se faire stériliser à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, utiliser la Liste de Vérification de la grossesse (voir p. 372).

| Situation de la femme | Quand la réaliser |
|---|---|
| **A ses cycles menstruels ou a arrêté un autre méthode** | **En cualquier momento del mes**<br>• A n'importe quel moment dans les 7 jours qui suivent le début des règles. Point besoin d'utilise une autre méthode avant l'intervention.<br>• Si elle se trouve à plus de 7 jours après le début des règles, la stérilisation peut être réalisée si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.<br>• Si elle prenait auparavant la pilule, elle peut terminer la plaquette pour maintenir un cycle régulier.<br>• Si elle avait auparavant un DIU, elle peut recevoir immédiatement l'intervention (voir DIU au cuivre, Passer du DIU à une autre méthode, p. 148). |
| **Pas de saignements menstruels** | • A n'importe quel moment, si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. |
| **Après avoir accouché** | • Immédiatement ou dans les 7 jours qui suivent l'accouchement si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.<br>• À tout moment 6 mois minimum après l'accouchement, s'il est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | • Dans les 48 heures qui suivent un avortement sans complications, si elle a pris la décision auparavant, en toute connaissance de cause. |
| **Après avoir utilisé la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • La stérilisation peut être effectuée dans les 7 jours qui suivent le début des prochaines règles ou à n'importe quel moment si on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Lui remettre une méthode d'appoint ou des contraceptifs oraux qu'elle peut commencer à prendre le jour après qu'elle termine la prise de la PCU et qu'elle pourra utiliser jusqu'au moment de l'intervention. |



## Vérifier le choix informé

**IMPORTANT :** Un conseiller amical qui écoute les préoccupations d'une femme, répond à ses questions et lui donne une information claire et pratique sur la procédure – surtout si elle est permanente – aidera une femme à prendre un choix informé et à être une utilisatrice satisfaite, sans regretter plus tard (voir Parce que la stérilisation permanente, p. 174). Il est bon de faire participer le partenaire aux séances de conseil, mais ce n'est pas nécessaire.



### Les 6 Points du consentement informé

Les conseils doivent couvrir les 6 Points du consentement informé. Dans certains programmes, la cliente et le conseiller signent également un formulaire de consentement informé. Pour donner son consentement informé à la stérilisation, la cliente doit comprendre les points suivants :

1. Les contraceptifs temporaires sont également disponibles pour la cliente.
2. La stérilisation volontaire est une procédure chirurgicale.
3. Il existe certains risques liés à la procédure au même titre que des avantages. (Les risques et les avantages doivent être expliqués de manière compréhensible à la cliente).
4. Si elle est réussie, la procédure permettra à la cliente de ne plus jamais avoir d'enfant.
5. La procédure est considérée comme permanente et n'est probablement pas réversible.
6. La cliente peut refuser la procédure à n'importe quel moment avant qu'elle ne se déroule (sans perdre les droits à obtenir d'autres services ou avantages médicaux, sanitaires ou autres).

## Pourquoi la stérilisation est-elle permanente

Une femme ou un homme qui envisage la stérilisation devrait réfléchir attentivement à la question suivante :"Est-il possible que j'aurai envie d'avoir des enfants à l'avenir" ? Les prestataires de soins de santé peuvent aider la cliente à réfléchir à cette question et à faire un choix informé. Si la réponse est "oui je souhaite avoir d'autres enfants", il vaudrait mieux utiliser une autre méthode de planification familiale.

Poser ces questions peut être utile, et c'est la raison pour laquelle le prestataire pourra demander :

- "Souhaitez-vous avoir d'autres enfants à l'avenir" ?
- "Sinon, est-ce que vous pensez changer d'avis à l'avenir ? Qu'est-ce qui vous ferait changer d'avis ? Par exemple, si l'un de vos enfants ne venait à mourir ?"
- "Si vous deviez perdre votre époux et vous remarier" ?
- "Est-ce que votre partenaire risque de vouloir plus d'enfants à l'avenir" ?

Les clientes qui ne peuvent pas répondre à ces questions devraient réfléchir davantage à leur décision à propos de la stérilisation.

- En général, les gens qui ont le plus de risque de regretter la stérilisation :
- Sont jeune
- N'ont que peu d'enfant ou même aucun
- Viennent juste de perdre un enfant
- Ne sont pas mariés
- Ont des problèmes maritaux
- Ont un partenaire qui s'oppose à la stérilisation stérilisation
- En général, les gens qui ont le plus de risque de regretter la stérilisation

Aucune de ces caractéristiques ne rend la stérilisation impossible, mais les prestataires de soins de santé doivent veiller tout particulèrement à ce que les personnes présentant ces caractéristiques puissent prendre leurs décisions en toute connaissance de cause.

De plus, pour une femme, juste après l'accouchement où l'avortement représente un moment pratique et sans risque pour la stérilisation volontaire, mais les femmes qui sont stérilisées à ce moment-là risquent bien davantage de le regretter par la suite. Des conseils attentifs pendant la grossesse et une décision faite avant d'entrer en travail et d'accoucher aideront à éviter les regrets.

**La décision sur la stérilisation revient uniquement à la cliente.**

Un homme ou une femme peut consulter un partenaire ou autre personne sur la décision d'avoir une stérilisation et pourra tenir compte des opinions des autres. Mais la décision ne pourra pas être prise par un partenaire ou un autre membre de la famille, ou encore par un prestataire de soins de santé, un dirigeant communautaire ou quelqu'un d'autre. Les prestataires de la planification familiale doivent vérifier que la décision d'avoir une stérilisation est prise par la cliente seule, et que celle-ci n'est forcée par personne de le faire.

# Exécuter la procédure de stérilisation

## *Expliquer la procédure*

Une femme qui a opté pour la stérilisation féminine doit savoir ce qui se passera pendant la procédure. La description suivante aide à expliquer les différentes étapes. C'est lors d'une formation et d'une pratique sous supervision directe que le prestataire apprend à effectuer une stérilisation féminine. Aussi, cette description n'est-elle qu'un récapitulatif et ne constitue pas des instructions détaillées.

(La description détaillée ci-après concerne des procédures faites 6 semaines au maximum après l'accouchement. La procédure utilisée jusqu'à 7 jours après l'accouchement est légèrement différente).

**La minilaparotomie**

1. Le prestataire utilise constamment de bonnes techniques de prévention des infections (voir Prévention des infections au centre de santé, p. 312).
2. Le prestataire réalise un examen physique et un examen gynécologique. L'examen pelvien consiste à évaluer l'état et la mobilité de l'utérus.
3. La femme est généralement sous légère sédation, (oralement ou par voie intraveineuse) pour qu'elle se relaxe. Elle reste éveillée, l'anesthésie locale est injectée au-dessus de la ligne des poils pubiens.
4. Le prestataire pratique une petite incision verticale (de 2 à 5 centimètres) dans la zone anesthésiée. Cela cause une légère douleur. (Pour les femmes qui viennent d'accoucher, l'incision est faite horizontalement sur le rebord inférieur du nombril).
5. Le prestataire insère un instrument spécial (élévateur utérin) dans le vagin en passant par le col et dans l'utérus pour amener chacune des deux trompes de Fallope au niveau de l'incision. Il peut en résulter une légère douleur ou inconfort.
6. On noue et sectionne alors chaque trompe ou on les obture au moyen d'une pince ou d'un anneau.
7. On referme l'incision par des points de suture et la recouvre avec un pansement.
8. La femme reçoit des instructions sur ce qu'elle doit faire après qu'elle quitte le centre de santé ou l'hôpital (voir Explications des soins propres à se donner soi-même pour la stérilisation féminine, p. 177). Elle peut généralement partir en l'espace de quelques heures.



**La laparoscopie**

1. Le prestataire utilise en tout temps de bonnes techniques de prévention des infections (voir Prévention des infections au centre de santé, p. 312).
2. Le prestataire réalise un examen physique et un examen gynécologique. L'examen gynécologique consiste à évaluer l'état et la mobilité de l'utérus.
3. La femme est mise sous légère sédation (oralement ou par voie intraveineuse) pour qu'elle se détende. Elle reste éveillée. Un anesthésiste local est injecté juste au-dessous du nombril.
4. Le prestataire enfonce une aiguille spéciale dans l'abdomen qui permet d'insuffler du gaz ou de l'air. Cette opération élève la paroi de l'abdomen qui ne touche plus ainsi les organes pelviens.

5. Le prestataire pratique une petite incision (environ un centimètre) dans la zone anesthésiée et insère un laparoscope. Un laparoscope est un long tube fin avec une caméra. Par cette caméra, le prestataire peut voir à l'intérieur du corps et trouver les deux trompes de Fallope.

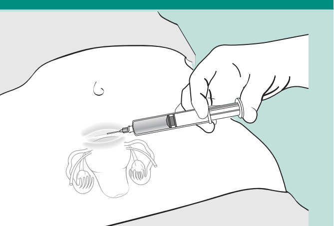
6. Le prestataire fait passer un instrument dans le laparoscope ou parfois, par le biais d'une seconde incision, pour bloquer les trompes de Fallope.

7. Chaque trompe est obturée avec une pince, un anneau ou par électro-coagulation (un courant électrique brûle et bloque la trompe).

8. Le prestataire retire ensuite l'instrument et le laparoscope. On fait sortir le gaz ou l'air de l'abdomen de la femme. On referme l'incision avec des points de suture et on la recouvre de bandes adhésives.

9. La femme reçoit des instructions sur ce qu'elle doit faire après avoir quitté le centre de santé ou l'hôpital (voir Expliquer les soins à s'appliquer à soi-même pour la stérilisation féminine, page suivante). Elle peut généralement partir en l'espace de quelques heures.

## L'anesthésie locale est la formule recommandée pour la stérilisation féminine



L'anesthésie locale, avec ou sans légère sédation, est préférable à l'anesthésie générale. En effet, l'anesthésie locale :

- Elle est moins dangereuse que l'anesthésie générale, rachidienne ou péridurale
- Elle permet à la femme de quitter plus rapidement l'hôpital ou la clinique
- Elle lui permet de se rétablir plus rapidement
- Elle permet à d'autres établissements sanitaires moins équipés de réaliser la stérilisation féminine

La stérilisation sous anesthésie locale peut être faite quand un membre de l'équipe chirurgicale a été formé pour fournir la sédation et que le chirurgien a reçu une formation pour faire une anesthésie locale. L'équipe chirurgicale doit être formée pour pouvoir prendre en charge les urgences et l'établissement doit disposer de l'équipement et des médicaments de base pour prendre en charge les urgences.

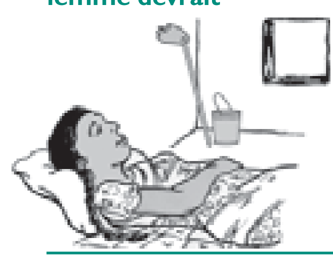
Les prestataires de soins de santé peuvent expliquer à l'avance à une femme qu'elle restera éveillée pendant la procédure et que cela est moins risqué pour elle. Tout au long de la procédure, les prestataires lui parlent pour la rassurer si nécessaire.

De nombreuses anesthésies et de nombreux sédatifs peuvent être utilisés. Le dosage de l'anesthésie doit être modulé en fonction du poids du corps. Il faut éviter une sédation trop forte, car cela réduit la capacité de la cliente à rester consciente et dans certains cas, cela peut ralentir ou même arrêter sa respiration.

Dans certains cas, une anesthésie générale s'avère nécessaire. Voir les Critères de recevabilité médicale pour la stérilisation féminine, p. 168, pour les conditions médicales nécessitant des arrangements spéciaux pour pourraient inclure l'anesthésie générale.

# Soutenir l'utilisatrice

## *Expliquer les soins à s'appliquer à soi-même pour la stérilisation féminine*

| | |
|---|---|
| **Avant la procédure, la femme devrait** | • Utiliser un autre contraceptif jusqu'au moment de la procédure.<br>• Ne pas manger pendant 8 heures avant la chirurgie. Elle peut boire des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant la chirurgie.<br>• Ne prendre aucun médicament pendant 24 heures avant la chirurgie, à moins qu'on lui indique autrement.<br>• Porter des habits propres et amples pour se rendre au centre de santé.<br>• Ne pas avoir de vernis à ongles ni porter de bijoux.<br>• Si possible, venir avec un ami ou un membre de la famille, qui l'aidera ensuite à rentrer chez elle. |
| **Après la procédure, la femme devrait**  | • Se reposer pendant 2 jours et éviter des travaux ardus et ne pas soulever quelque chose de lourd pendant une semaine.<br>• Garder l'incision propre et sèche pendant 1 à 2 jours.<br>• Eviter de frotter pendant 1 semaine à l'endroit de l'incision.<br>• Ne pas avoir de relations sexuelles pendant au moins une semaine. Si les douleurs durent pendant plus d'une semaine, éviter les rapport sexuels jusqu'à ce que cessent le douleurs. |
| **Que faire à propos des problèmes les plus courants** | • Elle risque d'avoir des douleurs abdominales et un abdomen enflé, après la procédure. Généralement, cela disparaît après plusieurs jours. Lui recommander de prendre de l'ibuprofène (200-400 mg), du paracétamol (325-1 000 mg), ou d'autres médicaments contre la douleur. Elle ne devrait pas prendre de l'aspirine car cela ralentit la coagulation du sang. Il est rarement nécessaire de prendre des analgésiques. Si elle a eu une laparoscopie, elle risque d'avoir mal à l'épaule ou de se sentir ballonnée pendant quelques jours |
| **Prendre rendez-vous pour la visite de suivi** | • On recommande fortement de faire un suivi dans les 7 jours, du moins dans les 2 semaines. Par contre, on ne refusera pas la stérilisation à une femme si le suivi est difficile ou impossible.<br>• Un prestataire de soins de santé vérifie le site de l'incision, recherche tous signes d'infection et retire les points de suture. On peut le faire dans le centre de santé, au domicile de la cliente, (par un agent paramédical spécifiquement formé, par exemple), ou encore dans un autre centre de santé. |

### *“Revenez à n’importe quel moment” : raisons de revenir*

Rassurer la cliente et lui indiquer qu’elle peut revenir à n’importe quel moment – par exemple, si elle a des problèmes ou des questions, ou si elle pense qu’elle pourrait être enceinte. (Parfois quelques stérilisations échouent et la femme tombe enceinte). Egalement si :

- Elle a des saignements, des douleurs, du pus, ou si la plaie est chaude, enflée ou rouge et si cela s’aggrave ou ne part pas
- Si elle a une fièvre élevée (supérieure à 38° C/101° F)
- Si elle s’est évanouie, si elle a des étourdissements constants ou si elle a la tête qui tourne pendant les 4 premières semaines, surtout pendant la première semaine

Conseil général pour la santé : Toute personne qui sent soudainement que quelque chose ne va pas avec sa santé devrait venir consulter immédiatement une infirmière ou un médecin. Probablement que la raison ne réside pas dans la méthode contraceptive mais il faut quand même indiquer ce qu’on utilise au médecin ou à l’infirmière.

# Soutenir les utilisatrices

## Prise en charge des problèmes

### *Problèmes notés comme complications*

- Les problèmes se répercutent sur la satisfaction des femmes. Ils méritent l’attention du prestataire. Si la cliente indique des complications de la stérilisation féminine, écouter ses préoccupations et traiter le cas échéant.

**Infection au site de l’incision** (rougeur, chaleur, douleur, pus)

- Nettoyer la zone infectée avec de l’eau et du savon ou un antiseptique.
- Administrer des antibiotiques oraux pendant 7 à 10 jours.
- Demander à la cliente de revenir après avoir pris tous les antibiotiques si l’infection n’est pas guérie.

**Abcès** (poche de pus sous la peau causée par l’infection)

- Nettoyer la zone avec un antiseptique.
- Couper, inciser et drainer l’abcès,
- Traiter la plaie.
- Donner les antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours.
- Demander à la cliente de revenir après avoir pris tous les antibiotiques, si la plaie est chaude, rouge, si elle a de la douleur ou si du pus s’écoule de la plaie.

**Graves douleurs dans la partie inférieure de** l'abdomen (grossesse ectopique soupçonnée)

- Voir Prise en charge de la grossesse ectopique ci-après.

**Grossesse soupçonnée**

- Evaluer pour déterminer une éventuelle grossesse, y compris une grossesse ectopique.

## Prise en charge de la grossesse ectopique

- La grossesse ectopique est une grossesse qui se développe à l'extérieur de la cavité utérine. Un diagnostic précoce est important. Une grossesse ectopique est rare, mais elle peut mettre la vie en danger (voir Question 11, p. 182).
- Lors des premières étapes de la grossesse ectopique, les symptômes risquent d'être absents ou bénins, mais par la suite, ils s'aggraveront. Une combinaison des signes ou des symptômes suivants fait soupçonner une grossesse ectopique :
  - Douleur ou sensibilité inhabituelle à l'abdomen
  - Saignement vaginal anormal – ou pas de saignements menstruels – surtout si c'est un changement par rapport au mode habituel de saignements
  - Etourdissement ou tête qui tourne
  - Evanouissement
- *Rupture de grossesse ectopique :* une vive douleur abdominale, comme un coup de poignard, parfois d'un côté et parfois diffuse dans l'ensemble du corps est un signe d'une rupture de grossesse ectopique (lorsque les trompes de Fallope se rompent suite à la grossesse). Une douleur à l'épaule droite peut survenir suite au sang provenant de rupture de grossesse ectopique pressant sur le diaphragme. Généralement, dans les quelques heures, l'abdomen devient rigide et la femme entre en choc.
- *Soins :* une grossesse ectopique est une urgence qui met la vie en danger et qui demande une chirurgie immédiate. Si une grossesse ectopique est soupçonnée, faire un examen pelvien uniquement si l'établissement dispose de l'équipement nécessaire pour une chirurgie immédiate. Autrement, transporter la femme vers un établissement où sera établi un diagnostic et où elle pourra recevoir les soins chirurgicaux indiqués.

# Questions et réponses sur la stérilisation féminine

**1. Est-ce que la stérilisation va changer les saignements menstruels d'une femme ou feront que les saignements menstruels cessent ?**

Non. La plupart des recherches ne constatent aucun changement majeur dans les modes de saignements après la stérilisation féminine. Si une femme utilisait une méthode hormonale ou un DIU avant la stérilisation, son mode de saignement redeviendra comme il l'était avant qu'elle n'utilise ces méthodes. Par exemple, les femmes qui passent des contraceptifs oraux combinés à la stérilisation féminine, noteront des saignements plus abondants lorsque les saignements menstruels reviennent à leur mode habituel. Par contre, les saignements menstruels d'une femme deviennent généralement moins réguliers au fur et à mesure qu'elle s'approche de la ménopause.

**2. Est-ce que la stérilisation fait perdre à une femme ses envies sexuelles ? Est-ce que cela la fait grossir ?**

Non. Après la stérilisation, une femme aura la même apparence et se sentira comme avant. Elle peut avoir des rapports sexuels comme auparavant. Elle risque même d'apprécier davantage les relations sexuelles, puisqu'elle n'a plus à craindre une grossesse. Elle ne prendra pas de poids à cause de la procédure de stérilisation.

**3. Doit-on proposer la stérilisation uniquement à des femmes qui ont eu un certain nombre d'enfants, qui ont atteint un certain âge ou qui sont mariées.**

Non. Rien ne vient justifier que l'on refuse la stérilisation à une femme, simplement à cause de son âge, du nombre de ses enfants vivants ou de sa situation matrimoniale. Les prestataires de soins de santé ne doivent pas imposer des règles rigides sur l'âge, le nombre d'enfants, l'âge du dernier enfant ou la situation matrimoniale. Chaque femme doit décider par elle-même si elle souhaite avoir ou non d'autres enfants ou si elle veut opter ou non pour la stérilisation.

**4. N'est-il pas plus facile pour la femme et pour le prestataire de santé d'utiliser une anesthésie générale ? Pourquoi utiliser une anesthésie locale ?**

L'anesthésie locale comporte moins de risques. L'anesthésie générale est plus risquée que la procédure de stérilisation elle-même. L'utilisation correcte de l'anesthésie locale supprime le plus grand risque qui existe dans la procédure de stérilisation féminine – l'anesthésie générale. De plus, après une anesthésie générale, les femmes ont généralement la nausée. Cela n'arrive pas après l'anesthésie locale.

Par ailleurs, si l'on utilise l'anesthésie locale avec une sédation, les prestataires de soins doivent faire attention à ne pas donner une dose excessive à la femme. Ils doivent également la traiter avec douceur et lui parler tout au long de la procédure. Ils doivent l'aider à rester calme. Avec bien des clientes, on pourra éviter les sédatifs, surtout si l'on donne de bons conseils et si le praticien est chevronné.

5. **Est-ce qu'une femme qui a eu une stérilisation peut craindre de tomber à nouveau enceinte?**

   Généralement non. La stérilisation féminine est très efficace pour prévenir la grossesse vise à être permanente. Par contre, elle n'est quand même pas efficace à 100%. Les femmes qui ont été stérilisées ne courent qu'un léger risque de tomber enceintes : environ 5 femmes sur 1 000 tombent enceintes dans l'année qui suit la procédure. De petits risques de grossesse subsistent au-delà de la première année et jusqu'à ce que la femme arrive à la ménopause.

6. **La grossesse après la stérilisation féminine est rare, mais pourquoi survient-elle ?**

   La plupart du temps, c'est parce que la femme est déjà enceinte au moment de la stérilisation. Dans certains cas, une ouverture se développe dans la trompe de Fallope. Une grossesse peut également se présenter si le prestataire fait une incision au mauvais endroit au lieu des trompes de Fallope.

7. **Est-ce que la stérilisation est réversible si la femme décide qu'elle souhaite un autre enfant?**

   Généralement non. La stérilisation vise à être permanente. Les personnes qui pourraient souhaiter un autre enfant doivent choisir une méthode différente de planification familiale. L'intervention chirurgicale pour revenir à la fertilisation n'est possible que pour quelques femmes, celles qui ont suffisamment de trompe de Fallope qui est restée en place. Chez ces femmes cette opération réversible souvent ne mène pas à une grossesse. La technique est difficile et chère et les prestataires qui sont en mesure d'exécuter un tel acte chirurgical sont difficiles à trouver. Si une grossesse survient après la reperméabilisation, il existe un risque plus grand de grossesses ectopiques que la normale. Aussi, la stérilisation devrait-elle être jugée une opération irréversible.

8. **Vaut-il mieux pour la femme d'avoir une stérilisation que pour l'homme d'avoir une vasectomie ?**

   Chaque couple doit décider pour lui-même, de la méthode qui lui convient le mieux. Les deux sont des méthodes très efficaces, sans risque et permanente pour les couples qui ont décidé qu'ils ne voulaient plus avoir d'enfant. Dans l'idéal, un couple envisagera les deux méthodes. Si les deux sont acceptables pour le couple, la vasectomie sera préférable, car c'est une méthode plus simple, moins dangereuse, plus facile et moins chère que la stérilisation féminine.

9. **Est-ce que la procédure de stérilisation féminine est douloureuse ?**

   Oui, un peu. On administre un anesthésique local à la femme contre la douleur et généralement, elle reste éveillée. Une femme sent que le praticien fait bouger l'utérus et les trompes de Fallope. Cela peut être inconfortable. Si un anesthésiste formé est disponible ainsi que le matériel indiqué, il vaudrait peut-être mieux faire une anesthésie générale à une femme qui a très peur d'avoir mal. Une femme sentira une légère douleur et sera fatiguée pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines après l'acte chirurgical, mais très vite, elle reprendra ses forces.

## 10. Comment les prestataires de soins de santé peuvent-ils aider une femme à décider d'avoir une stérilisation ?

Une information claire, bien soupesée à propos de la stérilisation féminine ainsi que d'autres méthodes de planification familiale, aideront une femme à bien réfléchir à sa décision. Il faut discuter en profondeur de ses sentiments à propos de la maternité et du fait de mettre fin à sa fécondité. Par exemple, un prestataire peut aider une femme à réfléchir à ce qu'elle ressent face à certaines évolutions dans sa vie, par exemple un changement de partenaire ou le décès d'un enfant. Revoir les 6 Points du consentement informé pour vérifier que la femme comprend  la procédure de stérilisation (voir p. 173).

## 11. Est-ce que la stérilisation féminine augmente le risque de grossesses ectopiques ?

Non.  Au contraire, la stérilisation féminine diminue grandement le risque d'une grossesse ectopique. Les grossesses ectopiques sont très rares chez les femmes qui ont eu une stérilisation. Les taux de grossesses ectopiques chez les femmes après la stérilisation féminine est de 6 pour 10 000 femmes par année. Le taux de grossesse ectopique chez les femmes aux Etats-Unis qui n'utilisent aucune méthode contraceptive est de 65 pour 10 000 femmes par an.

Dans les rares cas où échoue la stérilisation et où survient une grossesse, 33 grossesses sur 100 (1 sur 3) sont ectopiques. Par conséquent, la plupart des grossesses après l'échec de la stérilisation, ne sont pas ectopiques. Par ailleurs, la grossesse ectopique est un problème très grave qui peut mettre la vie de la femme en danger et, par conséquent, un prestataire devra être conscient du risque d'une grossesse ectopique en cas d'échec de la stérilisation.

## 12. Où peut-on exécuter une stérilisation féminine ?

S'il n'existe aucune affection médicale préexistante, qui exigerait des arrangements spéciaux :

- La minilaparotomie peut être effectuée dans le centre de maternité et dans un établissement sanitaire de base où la chirurgie peut être effectuée. Il s'agit d'éblissements   permanents  ou temporaires qui peuvent orienter la femme vers un niveau supérieur de soins en cas d'urgence.
- La laparoscopie doit être exécutée dans un centre mieux équipé où la technique est effectuée régulièrement et qui compte la présence d'un anesthésiste.

## 13. Quelles sont les méthodes transcervicales de stérilisation ?

Les méthodes transcervicales sont des nouvelles manières d'arriver jusqu'aux trompes de Fallope en passant par le vagin et l'utérus. Une microspirale, Essure, existe déjà dans certains pays. Essure est un dispositif qui ressemble à un ressort et qu'un clinicien spécialement formé insère à l'aide d'un hystéroscope dans l'utérus en passant par le vagin et ensuite dans chaque trompe. Pendant les trois mois qui suivent l'intervention, les tissus viennent recouvrir le dispositif. Les tissus obturent de manière permanente les trompes et empêchent donc les spermatozoïdes de passer pour féconder l'ovule. Peu de chances par ailleurs qu'Essure soit disponible sous peu dans des contextes à faibles ressources au vu de son coût élevé et de la complexité de l'instrument de visualisation nécessaire pour procéder à l'insertion.

# Vasectomie

## Points-clés pour les prestataires et les clients

- **Permanente.** Confère une protection très efficace contre la grossesse, de nature permanente qui dure la vie entière. L'opération n'est pas réversible.
- **Suppose une simple intervention chirurgicale, sans risques.**
- **Prend 3 mois avant d'être efficace.** L'homme ou le couple doit utiliser des préservatifs ou une autre méthode contraceptive pendant trois mois après la vasectomie.
- **N'affecte pas la performance sexuelle.**



## Qu'est la vasectomie ?

- Contraception permanente pour les hommes qui ne veulent plus d'enfants.
- Le prestataire de soins pratique une petite ouverture dans le scrotum, il repère l'emplacement des deux tubes qui transportent le sperme jusqu'au pénis (canaux déférents) et il les obture ou coupe, en les nouant, ou en appliquant de la chaleur ou de l'électricité (cautérisation).
- Egalement appelée la stérilisation masculine ou la contraception chirurgicale masculine.
- Agit en fermant chaque canal déférent et empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme. Le sperme continue à être éjaculé mais ne peut plus féconder une femme.

## Quelle est son efficacité ?

*C'est l'une des méthodes les plus efficaces bien qu'elle comporte un léger risque d'échec :*




- Lorsque les hommes ne peuvent avoir un examen de sperme trois mois après la vasectomie pour voir s'il contient encore des spermatozoïdes, les taux de grossesse sont de 2 à 3 pour 100 femmes pendant la première année suivant la vasectomie de leur partenaire. Cela signifie que 97 à 98 femmes sur 100 don't les partenaires ont eu des vasectomies ne tomberont pas enceintes.
- Lorsque les hommes ont accès à un examen du sperme après la vasectomie, moins d'une grossesse pour 100 femmes survient pendant la première année après la vasectomie du partenaire (2 pour 1 000). Cela signifie que 998 femmes sur 1 000 dont les partenaires on eu des vasectomies ne tomberont pas enceintes.

- La vasectomie ne sera pleinement efficace qu'après 3 mois.
  - Certaines grossesses surviennent lors de la première année car le couple n'utilise pas correctement et régulièrement de préservatifs ou une autre méthode efficace pendant les trois premiers mois avant que la vasectomie ne devienne entièrement efficace.
- Même au-delà de la première année suivant la vasectomie, un petit risque de grossesse demeure, et ce, jusqu'à ce que la partenaire de l'homme atteigne la ménopause.
  - Sur trois années d'utilisation : environ 4 grossesses pour 100 femmes.
- Si la partenaire d'un homme qui a eu une vasectomie tombe enceinte, cela pourrait être dû au fait que :
  - le couple n'a pas toujours utilisé une autre méthode pendant les trois premiers mois suivant l'opération
  - le prestataire a fait une erreur
  - les bouts coupés des canaux déférents se sont resoudés.

*Il n'y a pas de retour de la fécondité car, en général, la vasectomie ne peut pas être arrêtée et elle n'est pas réversible.* La vasectomie a pour but d'être permanente. L'intervention de rétablissement est difficile, coûteuse et n'est pas réalisable dans la plupart des pays. Lorsque réalisée, la chirurgie de rétablissement ne mène pas souvent à la grossesse (voir Question 7, page 196).

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

## Pourquoi certains hommes indiquent qu'ils apprécient la vasectomie

- Sans risques, permanente et pratique
- Comporte moins d'effets secondaires et de complications qu'un grand nombre de méthodes pour les femmes
- C'est l'homme qui prend la responsabilité de la contraception — cela enlève ce fardeau à la femme
- Jouissance sexuelle accrue et plus grande fréquence de l'acte sexuel

# Effets secondaires, avantages pour la santé, risques pour la santé et complications

## *Effets secondaires, avantages et risques connus pour la santé*

Aucun

## *Complications* (voir Prise en charge des problèmes, page 194)

Peu fréquentes à rares :

- Vives douleurs au scrotum ou dans les testicules qui durent pendant des mois voire des années (voir Question 2, page 195).

Peu fréquentes à très rares :

- Infection à l'endroit de l'incision ou dans l'incision (peu fréquente avec la technique classique d'incision, très rares avec la technique sans bistouri, voir Technique de vasectomie, page 190).

Rares :

- Saignements sous la peau (elle enfle) et hématome.

## *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et Réponses, page 195)

La vasectomie :

- Ne consiste pas en une opération durant laquelle sont retirées les testicules. C'est une opération qui obture les canaux déférents. Les testicules restent en place.
- Ne diminue pas la jouissance sexuelle.
- N'affecte en rien la fonction sexuelle. L'érection d'un homme reste tout aussi dure. Elle dure aussi longtemps qu'avant et il éjacule exactement comme avant.
- Ne fait pas qu'un homme devienne gros ou faible, moins masculin ou moins producteur.
- Ne cause pas de maladies plus tard dans la vie.
- Ne prévient pas la transmission d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

# Qui peut avoir une vasectomie

## Sans risques pour tous les hommes

S'il reçoit les conseils indiqués et peut ainsi donner son consentement en toute connaissance de cause, n'importe quel homme peut avoir une vasectomie sans risques, y compris les hommes :

- qui n'ont pas d'enfants ou peu d'enfants
- qui ne sont pas mariés
- n'ont pas l'autorisation de leur épouse
- qui sont jeunes
- qui souffrent de drépanocytose
- qui sont exposés à un risque élevé de contracter le VIH ou une autre IST
- qui sont affectés par le VIH, qu'ils suivent ou non un traitement anti-rétrovial (voir Vasectomie pour les hommes vivant avec le VIH, page 188).

Dans certaines situations, il faudra conseiller et orienter de manière particulièrement attentive pour éviter qu'un homme ne regrette par la suite sa décision (voir Stérilisation féminine, parce que la stérilisation est permanente, page 174).

Les hommes peuvent avoir une vasectomie :

- sans tests sanguins ou tests ordinaires de laboratoire
- sans examen de tension artérielle
- sans test d'hémoglobine
- sans examen de cholestérol ou de fonction du foie
- même si le sperme ne peut pas être examiné au microscope par la suite pour voir s'il contient encore des spermatozoïdes.



## Critères de recevabilité médicale

# Vasectomie

*Tous les hommes peuvent avoir une vasectomie.* Aucune affection médicale ne vient empêcher un homme d'avoir recours à une vasectomie. La présente liste de vérification indique des questions sur les pathologies qui pourraient limiter soit le moment, soit la manière dont est effectuée une vasectomie. Poser au client les question ci-après. S'il répond "non" à toutes les questions, alors la technique de la vasectomie pourra être réalisée de suite dans un service de santé normal. S'il répond "oui" à une question ci-après, suivre les instructions recommandant de procéder avec prudence, d'attendre ou de prendre des arrangements spéciaux.

Dans la liste de vérification ci-après :

- *Par prudence*, on entend que l'opération peut être effectuée dans un cadre habituel mais avec des préparatifs et des précautions supplémentaires, en fonction de la situation.
- *Par remettre à plus tard*, on entend que la vasectomie aura lieu plus tard. Ces pathologies doivent être soignées et guéries avant qu'on puisse procéder à la vasectomie. Il faut entre-temps fournir des méthodes temporaires.
- *Par arrangement spéciaux*, on entend recours aux services d'un chirurgien qui a de l'expérience, disponibilité et l'équipement nécessaire pour faire une anesthésie générale et autre soutien médical. Dans ces cas, il est également nécessaire que le prestataire soit capable de décider de la technique qui convient le mieux ainsi que l'anesthésie indiquée. Remettre au client une méthode d'appoint* qu'il pourra utiliser jusqu'à ce que la technique soit effectuée.

**1. Est-ce que vous avez des problèmes dans vos parties génitales : infections, endroit enflé, blessures ou nodules sur votre pénis ou scrotum ? Si oui, quel est le problème ?**

❑ NON ❑ **OUI** S'il présente l'un des problèmes suivants, procéder avec *prudence* :

- Blessure antérieure au scrotum
- Scrotum enflé suite à des veines ou membranes enflées dans le cordon spermatique ou dans les testicules (large varicolèle ou hydrocèle)
- Testicule non descendu (cryptorchidie), d'un côté seulement. (La vasectomie n'est effectuée que du côté normal. Ensuite, si des spermatozoïdes sont présents dans l'échantillon de sperme après trois mois, on effectue également l'opération de l'autre côté.)

*(Suite à la page suivante)*

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes de contraception les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

*Critères de recevabilité médicale Vasectomie (suite)*

▶ S'il présente l'un des problèmes suivants, *remettre à plus tard* :

- Infection sexuellement transmissible active
- Bout du pénis enflé et sensible (enflammé), canaux enflés et sensibles (épididymite) ou testicules enflés et sensibles
- Infection de la peau scrotale ou masse dans le scrotum

▶ S'il présente l'un des problèmes suivants, prendre des *arrangements spéciaux* :

- Hernie dans l'aine. (S'il est qualifié, le prestataire pourra effectuer la vasectomie en même temps qu'il répare l'hernie. Si cela n'est pas possible, la réfection de l'hernie se fera en premier.)
- Testicules non descendus — des deux côtés

**2. Avez-vous une autre pathologie ou des infections ? Dans l'affirmative, de quoi s'agit-il ?**

❑ NO ❑ **SI** S'il présente l'un des problèmes suivants, procéder avec *prudence* :

- Diabète
- Dépression
- Jeune âge

▶ S'il présente l'un des problèmes suivants, *remettre à plus tard* à plus tard

- Infection systémique ou gastroentérite
- Filariose ou éléphantiasis

▶ S'il présente l'un des problèmes suivants, prendre des *arrangement spéciaux* :

- SIDA (voir Vasectomie pour les hommes vivant avec le VIH, ci-après)
- Sang qui ne coagule pas (troubles de la coagulation)

## Vasectomie pour les hommes vivant avec le VIH

- Les hommes qui sont infectés par le VIH, qui sont atteints de SIDA, ou qui suivent un traitement anti-retroviral (ARV) peuvent avoir une vasectomie sans que cela représente de risque. Des arrangements spéciaux devront être pris pour la réalisation d'une vasectomie chez un homme atteint de SIDA.
- La vasectomie ne prévient pas la transmission du VIH.
- Recommander vivement à ces hommes d'utiliser un préservatif en plus de la vasectomie. S'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d'autres IST.
- Il ne faut jamais forcer personne à avoir une vasectomie, même pas un homme vivant avec le VIH.

# Réalisation de la vasectomie

## Quand exécuter la vasectomie

- A n'importe quel moment quand un homme la demande (s'il n'existe aucune raison médicale de la remettre à plus tard).



## Choix informé

**IMPORTANT :** Un conseiller amical qui écoule les préoccupation d'un homme, répond à ses questions et lui donne des informations claires et pratiques sur la technique, lui indiquant notamment qu'elle est permanente, aidera un homme à faire un choix informé et ainsi, ce dernier sera satisfait de l'option qu'il a prise sans la regretter par la suite (voir Stérilisation féminine, Parce que la stérilisation est permanente, page 174). Il est utile mais pas forcément nécessaire de faire participer la partenaire à la séance de conseils.

### Les 6 points du consentement informé

La séance de conseils doit traiter des 6 points du conseentement informé. Dans certains programmes, le client et le conseiller signent un formulaire de consentement informé. Le client doit comprendre les points suivants avant de pouvoir donner son consentement en toute connaissance de cause.

1. Des contraceptifs temporaires sont également mis à la disposition du client.
2. La vasectomie volontaire est une option chirurgicale.
3. L'opération comporte certains risques au même titre que des avantages. (Aussi bien les risque que les avantages doivent être expliqués de manière compréhensible au client.)
4. Si elle est réussie, l'opération signifie que le client ne pourra plus jamais avoir d'enfants.
5. La vasectomie est permanente et il y a peu de chances qu'elle soit réversible.
6. Le client peut faire marche arrière à n'importe quel moment avant que l'opération ne se déroule (sans qu'il doive perdre pour autant d'autres services ou avantages sur le plan médical et sanitaire.)

## Technique de vasectomie

### Arriver jusqu'au canal : la vasectomie sans bistouri

La vasectomie sans bistouri est la technique recommandée pour arriver jusqu'aux deux canaux dans le scrotum (canal déférent) qui transportent les spermatozoïdes jusqu'au pénis. C'est la technique utilisée à présent partout dans le monde.

Ce qui la distingue de la technique classique avec des incisions :

- Seule une petite piqûre est faite à la place d'une ou deux incisions dans le scrotum.
- Point besoin de points de suture pour refermer la peau.
- La technique spéciale d'anesthésie ne demande qu'une piqûre au lieu de 2 ou plus.

Avantages :

- Moins de douleurs et d'hématomes et récupération plus rapide.
- Moins d'infections et moins d'accumulation de sang dans les tissus (hématome).
- La durée d'une vasectomie est plus courte lorsque des prestataires qualifiés utilisent l'approche sans bistouri.

Les deux techniques, celle classique et celle sans bistouri, sont rapides, sans risques et efficaces.

### Obturer les canaux

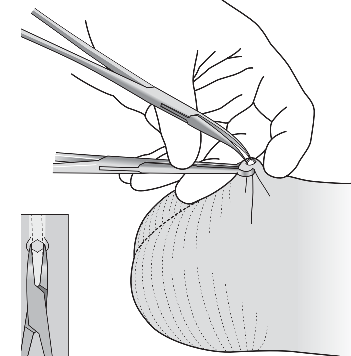
La plupart des vasectomies utilisent les technique de ligature et d'excision, à savoir couper et retirer un petit morceau de chaque canal et les bouts sont ensuite noués. Cette technique comporte un faible taux d'échec. La cautérisation de chaque bout (à la chaleur ou à l'électricité) a encore un taux d'échec plus faible que la ligature et l'excision. On peut encore diminuer les risque d'échec de la vasectomie en insérant après la cautérisation le bout coupé dans la fine couche de tissus qui entoure le canal (interposition fasciale). Si on dispose de la formation et de l'équipement, on recommande la cautérisation et l'interposition. On ne recommande pas d'obturer le canal avec un clip à cause des taux élevés de grossesse.

# Réalisation d'une vasectomie

## *Expliquer la technique*

Un homme qui a choisi la vasectomie doit savoir ce qui se passera pendant l'opération. La description suivante lui en explique les différentes étapes. Formation et expérience sont nécessaires pour réaliser une vasectomie et par conséquent, la présente description n'est qu'un récapitulatif et non pas des instructions détaillées.

1. Le prestataire utilise constamment les bonnes techniques de prévention des infections (voir Prévention des infections dans le centre de santé, page 312).
2. L'homme reçoit une injection d'anesthésique local dans le scrotum pour empêcher la douleur. Il reste éveillé durant toute l'intervention.
3. Le prestataire tâte la peau du scrotum pour trouver chaque tube (canal déférent) les deux tubes du scrotum qui transportent les spermatozoïdes.
4. Le prestataire pratique une petite incision dans la peau :
   - utilisant la technique de la vasectomie sans bistouri, le prestataire saisit le tube avec des pinces spéciales et pratique une ponction au milieu du scrotum à l'aide d'un instrument pointu spécial.
   - utilisant la technique classique le prestataire pratique une ou deux petites incisions dans la peau à l'aide d'un bistouri.



5. Le prestataire sort une petite boucle de l'incision pratiquée dans chaque canal. La plupart des prestataires coupent ensuite chaque tube et obturent les bouts avec des agrafes ou du fil. Certains obturent les bouts par un procédé thermique ou avec l'électricité. Ils peuvent aussi insérer une des extrémités coupées dans la fine couche de tissus qui entoure le canal (voir Technique de vasectomie, page précédente).
6. L'incision peut être refermée avec des points de suture ou simplement recouverte d'une bande adhésive.
7. L'homme reçoit des instructions sur la façon de soigner sa blessure après qu'il quitte le centre de santé ou l'hôpital (voir Explications sur les soins à administrer soi-même après une vasectomie, page 192). L'homme peut ressentir une brève faiblesse après l'intervention. On devra d'abord l'aider à se mettre debout et ensuite le laisser reposer pendant 15 à 30 minutes. Généralement, il pourra rentrer chez lui dans l'heure qui suit.

## Soutenir l'utilisateur

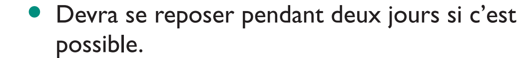
### *Expliquer les soins qu'il faut s'administrer après une vasectomie*

**Avant l'opération, l'homme**

- Devra porter des vêtements propres et lâches pour se rendre au centre de santé.

**Après l'opération, l'homme**

- Devra se reposer pendant deux jours si c'est possible.





- Mettre des compresses froides sur le scrotum pendant les 4 premières heures suivant l'opération, pour diminuer la douleur et les saignements. Il aura un certain inconfort, une tuméfaction et une meurtrissure. Ces manifestations devraient disparaître en l'espace de deux ou trois jours.
- Porter un souss-vêtement serré pendant deux ou trois jours pour aider à soutenir le scrotum, ce qui atténuera la tuméfaction, le saignement et la douleur.
- Garder propre et sec l'endroit de la ponction et de l'incision pendant deux ou trois jours. Il peut également utiliser une serviette humide pour éponger son corps.
- Il devra s'abstenir de relations sexuelles pendant 2 ou 3 jours au moins.
- Il pourra utiliser des préservatifs ou une autre méthode efficace de planification familiale pendant les 3 mois qui suivent l'opération. (L'autre option qui consistait à recommander 20 éjaculations s'est avérée moins efficace que le fait d'attendre trois mois et elle n'est donc plus recommandée.)

**Que faire à propos des problèmes les plus courants**

- L'inconfort dans le scrotum dure généralement pendant 2 à 3 jours. Proposer de l'ibuprofène (240-400 mg), du paracétamol (325-1000 mg) ou d'autres médicaments contre la douleur. Il ne devrait pas prendre de l'aspirine qui ralentit la coagulation du sang.

**Fixer la date de la visite de suivi**

- Lui demander de revenir dans 3 mois pour une analyse du sperme si possible (voir Question 4, page 196).
- Aucun homme ne se verra refuser une vasectomie même si le suivi est difficile ou impossible.

## *“Revenez à n’importe quel moment” : raison de revenir*

Faire savoir au client qu’il peut revenir à n’importe quel moment s’il le souhaite, par exemple, s’il a des problèmes ou des questions ou sa partenaire craint d’être enceinte. (En effet, quelques vasectomies échouent et la partenaire risque donc de tomber enceinte.) De plus, il devra revenir dans les cas suivants :

- S’il a des saignements, de la douleur, du pus dans la partie génitale et si la partie génitale est enflée et rouge et que cela s’aggrave à chaque jour et ne s’améliore pas.

Conseil général pour la santé : toute personne qui sent soudainement que quelque chose ne va pas avec sa santé devrait venir consulter immédiatement une infirmière ou un médecin. Probablement que la raison ne réside pas dans la méthode contraceptive mais il faut quand même indiquer ce qu’on utilise au médecin ou à l’infirmière.



# Aider l'utilisateur

## Prise en charge des problèmes

### *Problèmes notés comme complications*

- Les problèmes font que les hommes sont moins satisfaits de la vasectomie. Tout problème mérite l'attention du prestataire. Si le client signale des complications résultant de la vasectomie, il faut écouler ses préoccupations et le traiter comme indiqué.

**Saignements sou caillots de sang après l'intervention**

- Le rassurer et lui indiquer que des petits saignements et de petits caillots de sang non infectés partent généralement sans traitement en l'espace de quinze jours.
- Des caillots de sang plus gros devront être drainés par voie chirurgicale.
- Des caillots de sang infectés exigent des antibiotiques et l'hospitalisation.

**Infection à l'endroit de la ponction ou de l'incision** (rougeur, chaleur, douleur, pus)

- Nettoyer l'endroit infecté avec de l'eau et du savon ou un antiseptique.
- Donner des antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours.
- Demander au client de revenir après avoir pris tous les antibiotiques une fois l'infection guérie.

**Abcès** (poche de pus sous la peau causée par l'infection)

- Nettoyer l'endroit avec un antiseptique.
- Inciser et drainer l'abcès.
- Soigner la plaie.
- Donner des antibiotiques par voie buccale pendant 7 à dix jours.
- Demander au client de revenir après avoir pris tous les antibiotiques si la plaie devient rouge, chaude ou douloureuse ou si du pus s'écoule de la plaie.

**Douleurs qui durent pendant des mois**

- Recommander d'élever le scrotum avec des caleçons serrés ou un support athlétique.
- Recommander de tremper dans l'eau chaude.
- Recommander de prendre de l'aspirine (325–650 mg), de l'ibuprofène (200–400 mg), du paracétamol (325–1000 mg) ou autre médicament contre la douleur.
- Donner des antibiotiques si on soupçonne une infection.
- Si la douleur persiste et devient intolérable, l'orienter vers un niveau supérieur de soins (voir Question 2, page suivante).

# Questions et réponses à propos de la vasectomie



1. **Est-ce que la vasectomie fait perdre à l'homme son pouvoir sexuel ? Est-ce qu'il s'affaiblit ou prend du poids ?**
   Non. Après la vasectomie, l'homme continue à avoir le même aspect et les mêmes réactions qu'auparavant. Il peut avoir des rapports sexuels comme auparavant. Ses érections et ses éjaculations seront les mêmes. Il peut travailler aussi dur qu'avant et il ne prendra pas de poids à cause de la vasectomie.

2. **La douleur dure-t-elle longtemps après la vasectomie ?**
   Certains hommes signalent des douleurs chroniques ou de l'inconfort dans le scrotum ou dans les testicules qui durent parfois entre une et cinq années ou plus après une vasectomie. Dans les tétudes plus grandes qui regroupent plusieurs milliers d'hommes, moins de 1 % ont indiqué des douleurs dans le scrotum ou dans les testicules qui ont dû être traitées par intervention chirurgicale. Dans les études plus petites, sur 200 hommes environ, jusqu'à 6 % ont indiqué de vives douleurs dans le scrotum ou dans les testicules plus de trois ans après l'intervention chirurgicale. Par ailleurs, dans un groupe analogue d'hommes qui n'ont pas eu de vasectomie, environ 2 % ont signalé les mêmes douleurs. Peu d'hommes avec de vives douleurs indiquent qu'ils regrettent d'avoir eu une vasectomie. On ne connaît pas la cause de la douleur. Cela pourrait être dû à la pression causée par l'accumulation de sperme qui fuit d'un canal déférent mal fermé ou mal noué ou d'un nerf atteint. Le traitement demande qu'on élève le scrotum et qu'on prenne des calmants. Un anesthésique peut être injecté dans le cordon spermatique pour endormir les nerfs allant jusqu'aux testicules. Certains prestataires de soins indiquent que l'opération visant à retirer l'endroit douloureux ou resouder les canaux soulage la douleur. Une vive douleur qui dure longtemps après une vasectomie est chose rare mais tous les hommes envisageant une vasectomie devraient être mis au courant de ce risque.

3. **Est-ce qu'un homme a besoin d'utiliser une méthode contraceptive après la vasectomie ?**
   Oui, pendant les trois premiers mois. Si sa partenaire utilise une méthode contraceptive, elle peut continuer à l'utiliser pendant ce temps-là. La non-utilisation d'une autre méthode pendant ces trois mois est la principale cause de grossesse chez les couples qui dépendent de la vasectomie.

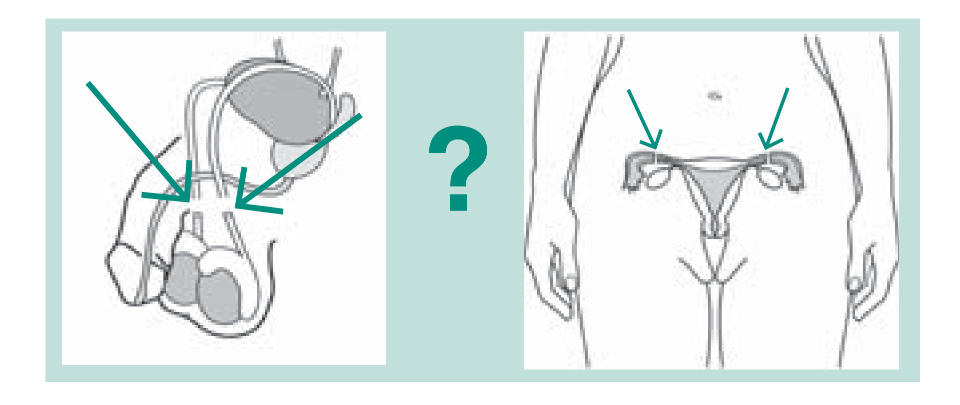
**4. Est-il possible de vérifier si une vasectomie est efficace ?**
Oui. Un prestatairee examine au microscope un échantillon de sperme pour voir s'il contient encore des spermatozoïdes. Si le prestataire ne voit aucun spermatozoïde qui bouge (motile), la vasectomie est efficace. Un examen du sperme est recommandé à n'importe quel moment après 3 mois suivant l'opération mais il n'est pas indispensable.

S'il existe moins d'un spermatozoïde non motile pour 10 champs à fort grossissement (moins de 100 000 spermatozoïdes par millilitre) dans l'échantillon frais, alors l'homme peut dépendre de la vasectomie et arrêter d'utiliser une méthode contraceptive d'appoint. Si le sperme contient encore des spermatozoïdes qui bougent, l'homme devra continuer à utiliser une méthode d'appoint et revenir au centre de santé après un mois pour faire une analyse de sperme. Si son sperme continue à avoir des spermatozoïdes, il faudra peut-être répéter la vasectomie.

**5. Que se passe-t-il si la partenaire d'un homme tombe enceinte ?**
Chaque homme ayant une vasectomie doit savoir que les vasectomies échouent parfois et que sa partenaire peut donc tomber enceinte. Il ne devrait pas supposer que sa partenaire l'a trompé si elle tombe enceinte. Si la partenaire tombe enceinte pendant les trois premiers mois après la vasectomie, lui rappeler qu'une autre méthode contraceptive doit être utilisée pendant les trois premiers mois. Faire une analyse du sperme si c'est possible et refaire la vasectomie si on trouve des spermatozoïdes.

**6. Est-ce que la vasectomie cessera de fonctionner après un certain temps ?**
En règle générale, non. La vasectomie vise à être permanente. Les personnes qui souhaitent avoir d'autres enfants devraient choisir une méthode différente de planification familiale. La chirurgie pour inverser la vasectomie n'est possible que chez certains hommes et cette inversion mène rarement à une grossesse. L'intervention est difficile et coûteuse et les chirurgiens capables de l'effectuer sont difficiles à trouver. Aussi, faudrait-il prendre pour irréversible chaque vasectomie.

**7. La vasectomie peut-elle être réversible chez un homme qui décide qu'il veut un autre enfant ?**
En général, non. La vasectomie vise à être permanente. Les personnes qui pourraient désirer plus d'enfants devraient choisir une méthode différente de planification familiale. La vasectomie peut être réversible seulement chez certains hommes et la chirurgie ne mène pas à une grossesse. La procédure est difficile et coûteuse et il est difficile de trouver les chirurgiens capables de la faire. Il faut donc ainsi considérer la vasectomie irréversible.




**8. Est-il préférable que l'homme ait une vasectomie ou que la femme soit stérilisée ?**

Chaque couple doit décider pour lui-même laquelle méthode est la meilleure pour eux. Les deux sont des méthodes très efficaces, sans risque pour des couples qui sont sûrs de ne plus désirer d'autres enfants. En théorie, un couple devrait considérer les deux méthodes. Si les deux méthodes leur conviennent, la vasectomie devrait être la préférée parce qu'elle est plus simple, avec moins de risque, facile et moins coûteuse que la stérilisation féminine.

**9. Comment un agent de santé peut-il aider un homme à prendre la décision d'avoir une vasectomie ?**

Il faut lui donner de l'information précise et balancée sur la vasectomie et les autres méthodes de planification familiale pour l'aider à y réfléchir profondément et entièrement. Discuter à fonds ses sentiments quant à avoir d'autres enfants et à terminer sa fertilité. Par exemple, le prestataire peut aider l'homme à connaître ses sentiments à l'endroit de changement possibles tel une nouvelle partenaire ou la mort d'un enfant. Revoir les 6 Points du consentement informé pour s'assure que l'homme comprend la procédure de vasectomie (voir p. 189).

**10. Doit-on offrir la vasectomie seulement à un homme qui a atteint un certain âge ou qui a un certain nombre d'enfants ?**

Non. Rien ne justifie le refus de la vasectomie à un homme seulement parce qu'il a un certain âge, à cause du nombre de ses enfants vivants ou s'il n'est pas marié. Les agents de santé ne doivent pas imposer de règles rigides à propos de l'âge, du nombre d'enfants, de l'âge du dernier-né ou qu'il n'a pas de partenaire. Chaque homme doit pouvoir décider lui-même s'il ne voudra plus d'enfant ou non et s'il doit ou non se faire vasectomiser.

**11. Est-ce que la vasectomie augmente le risque de cancer ou de maladie cardiaque plus tard dans la vie d'un homme ?**

Non. De grandes études bien planifiées révèlent que la vasectomie n'augmente pas les risque de cancer des testicules (cancer testiculaire) ou de cancer de la prostate (cancer prostatique) ou de maladie du coeur.

**12. Un homme qui a eu une vasectomie peut-il transmettre ou devenir infecté par des maladies sexuellement transmises (IST), y compris le VIH ?**

Oui. Les vasectomies ne protègent pas contre les IST, y compris le VIH. Tous les hommes à risque d'IST, y compris le VIH, qu'ils aient eu ou non une vasectomie, doivent utiliser les préservatifs pour se protéger ainsi que leurs partenaires contre les infections.

**13. Où peut-on effectuer une vasectomie ?**

S'il n'existe aucune affection médicale antérieure exigeant des arrangements spéciaux, la vasectomie peut être effectuée dans presque tous les centres médicaux, incluant les centres de santé, les cliniques de planifications familiale et les salles de traitement des médecins privés. Lorsqu'il n'existe pas de services offrant la vasectomie, des équipes mobiles peuvent les effectuer ainsi que toutes visites de suivi dans des centres de santé publique, pourvu que les médicaments de base, les fournitures, les instruments et l'équipement y soient disponibles.

CHAPITRE 13

# Préservatifs masculins

*Le présent chapitre décrit les préservatifs en latex pour hommes. Les préservatifs féminins qui sont généralement en plastique sont insérés dans le vagin d'une femme. Ils sont disponibles dans certains pays (Voir Préservatifs féminins, page 211 et Comparaison des préservatifs, page 360).*

## Points-clé pour prestataires et clients

- **Les préservatifs masculins aident à protéger contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.** Les préservatifs sont la seule méthode contraceptive qui peut protéger contre la grossesse et les infections sexuellement transmissibles.
- **Aux fins d'utilisation maximale, ils doivent être utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel.**
- **Dépendent de la coopération entre le partenaire masculin et féminin.** Le couple sera plus susceptible d'utiliser un préservatif s'il s'entretient de son utilisation avant les rapports sexuels.
- **Peut faire diminuer les sensations sexuelles pour certains hommes.** La discussion entre les partenaires aide parfois à lever l'objection.



## Qu'est le préservatif masculin ?

- C'est un fourreau ou une enveloppe conçu pour recouvrir le pénis en érection.
- On lui donne également le nom de capote ou de condom. Il se vend sous une multitude de noms de marque.
- La plupart sont faits en caoutchouc (latex) mince.
- Agissent en empêchant les spermatozoïdes de pénétrer dans le vagin, ce qui permet d'éviter la grossesse. Empêchent les organismes pathogènes de pénétrer dans le vagin ou inversement les organismes pathogènes de pénétrer dans le pénis.

# Quelle est leur efficacité ?

*L'efficacité dépend de l'utilisateur :* Le risque d'une grossesse ou d'une infection sexuellement transmissible (IST) est le plus grand lorsque les préservatifs ne sont pas utilisés régulièrement lors de chaque rapport sexuel. Il n'y a que peu de risques que survienne une grossesse ou que soit contractée une infection sexuellement transmissible à cause d'une utilisation incorrecte ou parce que le préservatif glisse ou se déchire.

Plus efficace

Moins efficace

*Protection contre la grossesse :*

- Tels qu'ils sont utilisés correctement, il existe environ 15 grossesses pour 100 femmes dont les partenaires utilisent les préservatifs au cours de la première année. Cela signifie que 85 femmes sur 100 dont les partenaires utilisent les préservatifs ne tomberont pas enceintes.
- Utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel, environ 2 grossesses pour 100 femmes dont les partenaires utilisent des préservatifs pendant la première année.

*Retour de la fécondité après avoir arrêté l'utilisation des préservatifs :* Aucun retard

*Protection contre le VIH et d'autres IST :*

- Les préservatifs masculins diminuent très nettement le risque de contracter l'infection à VIH s'ils sont utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel.
- S'ils sont utilisés régulièrement et correctement, l'emploi du préservatif empêche à 80%-95% la transmission du VIH qui aurait pu survenir en l'absence de l'utilisation du préservatif (voir Question 2, page 208).
- Les préservatifs réduisent le risque de contracter l'infection liée à de nombreuses IST s'ils sont utilisés régulièrement et correctement.
  - Protègent le mieux contre la propagation des IST qui se fait par écoulement (VIH, gonorrhée et chlamydia).
  - Protègent également contre la propagation des IST qui se fait par contact peau-à-peau (Herpès et virus du papillome humain).

# Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

## *Effets secondaires*

Aucun

## *Avantages connus pour la santé*

Aident à protéger contre :

- le risque de grossess
- les IST y compris le VIH

Peuvent aider à protéger contre :

- Les affections causées par des IST
  - Inflammations pelviennes récurrentes causées par des maladies et douleurs pelviennes chroniques
  - Le cancer du col
  - L'infécondité (masculine et féminine)

## *Désavantages connus pour la santé*

Extrêmement rares :

- Réactions allergiques graves (chez les personnes allergiques au latex)

## Pourquoi certains hommes indiquent qu'ils apprécient les préservatifs

- Ils n'ont aucun effet secondaire hormonal
- Ils peuvent être utilisés comme méthode temporaire ou méthode d'appoint
- Ne demandent pas une visite auprès d'un prestataire de soins
- Sont vendus dans de nombreux endroits et sont généralement faciles à obtenir
- Aident à protéger contre la grossesse et les IST, y compris le VIH

## Parler de l'utilisation du préservatif



Certaines femmes trouvent qu'il est bien difficile d'indiquer à leur partenaire qu'elles aimeraient qu'ils utilisent un préservatif. D'autres ont du mal à convaincre leur partenaire d'employer un préservatif à chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels. Les hommes, quant à eux, pourront avancer d'autres raisons pour lesquelles ils ne veulent pas employer des préservatifs. Certains ont avancé la diminution de sensation lorsqu'ils utilisent des préservatifs. D'autres prêtent l'oreille à des rumeurs et conceptions erronées. Si elle dispose des faits exacts, une femme aura bien plus de chances de répondre aux objections de son partenaire (voir Corriger les conceptions erronées, page 202).

*Cela aide d'en parler d'abord.* Les femmes qui parlent avec leur partenaire de l'utilisation du préservatif avant d'avoir des relations sexuelles ont plein de chances que ce dernier l'utilisera. Les femmes peuvent aborder le sujet de bien des manières, en fonction de leur partenaire et des circonstances. Les arguments donnés ci-après ont souvent du poids :

- Mettre en premier l'utilisation du préservatif pour empêcher une grossesse plutôt que l'aspect prévention des IST.
- Faire appel au souci que porte chacun à la santé de l'autre, du style : "bien des personnes dans la communauté ont une infection à VIH, aussi devons-nous être bien prudents."
- Se ternir ferme dans ses décisions : "Je refuse d'avoir des relations sexuelles sans préservatif"
- Proposer d'utiliser le préservatif féminin s'il est disponible. Certains hommes le préfèrent au préservatif masculin.
- Les femmes enceintes pourront discuter des risques que posent certaines IST pour la santé du bébé et insister

De plus, une femme pourra suggérer à son partenaire que les deux en tant que couple se rendent au centre de santé pour qu'on les conseille sur l'importance d'utiliser un préservatif.

***Corriger les conceptions erronées*** (voir également Questions et Réponses, p. 208)

Les préservatifs masculins :

- ne rendent pas un homme stérile, impuissant ou faible
- ne diminuent pas la libido d'un homme
- ne peuvent pas se perdre dans le corps d'une femme
- n'ont pas de trous par lesquels peut passer le VIH
- ne sont pas enduits du virus à VIH
- ne causent pas de maladie chez la femme en bloquant l'entrée du sperme
- ne causent pas de maladie chez l'homme en accumulant le sperme dans le corps
- peuvent être utilisés par un couple marié. Ils ne destinent pas seulement à l'utilisation à l'extérieur du mariage.

# Qui peut et qui ne peut pas utiliser les préservatifs masculins

**Critères de recevabilité médicale pour les**

## Préservatifs masculins

Tous les hommes et toutes les femmes peuvent utiliser sans risques les préservatifs masculins sauf ceux

- qui ont de graves réactions allergiques au latex.

Pour de plus amples informations sur l'allergie au latex, voir Irritation bénigne dans le vagin ou pénis ou autour ou Légère réaction au préservatif, page 207 ; grave réaction allergique au préservatif, page 207 et Question 11, p. 210.

# Fourniture des préservatifs masculins

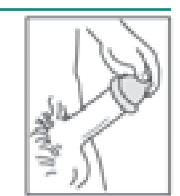
## Quand commencer

- A n'importe quel moment que le client souhaite.

# Expliquer le mode d'emploi

**IMPORTANT :** Chaque fois que possible, montrer au client comment poser un préservatif. Utiliser un modèle de pénis ou un autre objet comme une banane pour expliquer.

## Expliquer les 5 étapes fondamentales de l'utilisation du préservatif

| Etapes fondamentales | Détails importants |
|---|---|
| **1. Utiliser un nouveau préservatif lors de chaque rapport sexuel.** | • Vérifier l'emballage. Ne pas utiliser un préservatif endommagé ou déchiré. Eviter d'utiliser un préservatif dont la date est périmée. Ne le faire que si on ne dispose pas d'un préservatif neuf.<br>• Déchirer le sachet avec précaution. N'utilisez pas les ongles, les dents ou quoi que ce soit qui pourrait endommager le condom.  |
| **2. Avant chaque contact physique, placer le préservatif sur le pénis en érection avec le bord enroulé à l'extérieur.** | • Pour un maximum de protection, poser le préservatif avant que le pénis ne soit en contact avec les parties génitales, orales ou anales.  |
| **3. Dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis.** | • Le préservatif devrait se dérouler facilement. On risque de le déchirer si on le force.<br>• Si le préservatif ne se déroule pas facilement, peut-être a-t-il été posé à l'envers ou alors il est endommagé ou trop vieux. Le jeter et utiliser un nouveau préservatif. <br>• Si le condom a été posé à l'envers et qu'un autre n'est pas disponible, le retourner et le dérouler sur le pénis. |
| **4. Immédiatement après l'éjaculation, maintenir le bord du préservatif sur la base du pénis avant d'avoir complètement perdu son érection.** | • Retirer le pénis.<br>• Faire glisser le préservatif en évitant de répandre du sperme.<br>• En cas de nouveaux rapports sexuels ou en passant d'un rapport sexuel ou à un autre, utiliser un nouveau préservatif.  |
| **5. Jeter le préservatif avec les bonnes mesures de précaution.** | • Emballer le préservatif dans son sachet et le jeter dans la poubelle ou la latrine. Ne pas jeter dans des toilettes à chasse d'eau car cela peut boucher les conduites et causer des problèmes de plomberie.  |

## Soutenir l'utilisateur

| | |
|---|---|
| **Vérifier que le client comprend l'utilisation correcte** | • Demander au client d'expliquer les 5 étapes fondamentales de l'utilisation du préservatif en faisant la démonstration sur un modèle ou autre objet et puis de l'enlever. Lors d'une séance de conseils, utiliser le graphique à la page 363, Utilisation correcte du préservatif masculin. |
| **Demander aux clients le nombre de préservatifs dont ils auront besoin jusqu'à la prochaine visite** | • Leur remettre un approvisionnement suffisant et si possible un lubrifiant à base d'eau ou de silicone.<br>• Indiquer aux clients où ils peuvent obtenir des préservatifs s'ils en ont besoin. |
| **Expliquer pourquoi il est important d'utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel** | • Un seul acte sexuel non protégé peut aboutir à une grossesse ou à une IST — ou aux deux.<br>• Si vous n'avez pas utilisé de préservatif lors d'un rapport sexuel, essayez à nouveau la prochaine fois. Ce n'est pas parce qu'on a oublié une fois qu'il faut penser que cela n'a pas de sens de le faire les prochaines fois. |
| **Expliquer à propos de la pilule contraceptive d'urgence (PCU)** | • Expliquer l'utilisation de la PCU en cas d'erreur d'utilisation du préservatif- aussi si on a oublié d'utiliser un préservatif- afin d'évider une grossesse (voir Pilule contraceptive d'urgence, page 45). Donner la PCU si elle est disponible. |
| **Montrer comment on peut aborder le sujet de l'usage du préservatif** | • Discuter des techniques et aptitudes permettant de négocier l'utilisation du préservatif avec le partenaire (voir Comment aborder le sujet de l'utilisation du préservatif avec le partenaire, p. 201). |

### Lubrifiants pour les préservatifs en latex

En lubrifiant, on évite que le préservatif se déchire. Il existe trois manière de lubrifier : les sécrétions vaginales normales, l'adjonction d'un lubrifiant ou l'utilisation de préservatif qui viennent lubrifiés dans le sachet.

Parfois, les lubrifiants sont constitués de glycérine ou de silicone qui peuvent être employés sans problèmes avec les préservatifs en latex. L'eau ou la salive servent également à lubrifier. Les lubrifiants doivent être appliqués à l'extérieur du préservatif, dans le vagin ou dans l'anus. Il ne faut pas mettre de lubrifiant sur le bout du pénis car cela risque de faire glisser le préservatif. Une goutte ou deux de lubrifiants à l'intérieur du préservatif avant qu'il ne soit déroulé intensifie la sensation sexuelle pour certains hommes. Par ailleurs, le préservatif risque de glisser si on met trop de lubrifiant à l'intérieur.

Ne pas employer de lubrifiant contenant de l'huile pour les préservatifs en latex car ils peuvent endommager le latex. Ne pas employer d'huile de cuisson, d'huile pour bébés, d'huile de noix de coco, d'huile minérale, de graisse minérale, de vaseline, de lotion pour la peau, de beurre, de beurre de cacao et de margarine.

### *Ce que les utilisateurs des préservatifs ne devaient pas faire*

Choses à éviter pour que le préservatif ne se déchire pas :

- Ne pas dérouler le préservatif avant de l'avoir mis sur le pénis
- Ne pas mettre des lubrifiants à base d'huile car ils pourraient endommager le latex
- Ne pas utiliser de préservatif s'il a changé de couleur ou s'il est rugueux
- Ne pas utiliser de préservatif s'il est cassant au toucher, desséché ou très collant
- Ne pas ré-utiliser de préservatif
- Ne pas avoir des rapports sexuels "secs"

De plus, ne pas utiliser le même préservatif si on passe d'un type de rapport sexuel à un autre, par exemple d'un rapport anal à un rapport vaginal. Enfin, c'est ainsi que se propagent les bactéries à l'origine des infections.

### *"Revenez à n'importe quel moment" : Raisons de revenir*

Indiquer à chaque client ou cliente qu'il ou elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple, si elle ou il a des problèmes, des questions ou souhaite utiliser une autre méthode ou encore si elle pense être enceinte. Autre raison de revenir :

- Le client a des difficultés à utiliser correctement un préservatif lors de chaque rapport sexuel.
- Le client a des signes ou des symptômes de grave réaction allergique au latex (voir Grave réaction allergique au préservatif, page 207).
- Les femmes qui ont récemment eu des rapports sexuels non protégés et souhaitent éviter une grossesse. Peut-être ont-elles besoin d'une PCU (Pilule contraceptive d'urgence, p. 45).



# Aider les utilisateurs continus

1. Demander aux clients si la méthode les satisfait et si elle est efficace. Ont-ils des questions ou souhaitent-ils discuter de tel ou tel aspect ?
2. Leur demander s'ils ont des difficultés à utiliser correctement le préservatif ou à l'utiliser régulièrement lors de chaque rapport sexuel. Leur donner des informations ou l'aide dont ils ont besoin (voir Prise en charge des problèmes, page 206).
3. Remettre des préservatifs aux clients et les encourager à revenir pour en obtenir davantage s'ils en ont besoin. Leur indiquer également les autres endroits où ils peuvent obtenir des préservatifs.
4. Demander à un client qui utilise depuis longtemps les préservatifs si certains changements dans sa vie font qu'il a d'autres besoins : souhaite-t-il avoir des enfants ou est-il exposé au risque de contracter des IST/VIH ? Assurer le suivi nécessaire.

# Prise en charge des problèmes

## *Problèmes en ce qui concerne l'utilisation*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément

- Les problèmes avec le préservatif se répercutent sur la satisfaction du client et l'utilisation de la méthode. Ils méritent l'attention du prestataire. Si le client indique un problème, écouter attentivement et lui donner les conseils indiqués.
- Proposer au client de choisir une autre méthode, à présent ou plus tard s'il le souhaite ou si le problème ne peut pas être surmonté, à moins évidemment que les préservatifs soient nécessaires pour une protection contre les IST y compris le VIH.

### Le préservatif glisse, se déchire ou n'est pas utilisé

- La PCU peut aider à éviter une grossesse dans un tel cas (voir Pilule contraceptive d'urgence, page 45). Si un homme constate que le préservatif a glissé ou s'est déchiré, il devra le faire savoir à sa partenaire pour qu'elle utilise la PCU si elle le souhaite.
- Pas grand-chose à faire pour diminuer le risque d'une IST si un préservatif a glissé ou s'est déchiré ou encore n'a pas été utilisé (voir Question 7, page 209). Si le client a des signes ou symptômes indiquant une IST après des rapports sexuels non protégés, faire un bilan ou l'orienter vers les services concernés.
- Si un client indique que le préservatif s'est déchiré ou a glissé :
  - Demander au client de montrer comment ouvrir le sachet et poser le préservatif sur un modèle. Corriger en cas d'erreur.
  - Demander si des lubrifiants ont été utilisés. Le mauvais lubrifiant ou pas assez de lubrifiant peut être la cause de la déchirure (voir Lubrifiants pour les préservatifs en latex, page 204). Le préservatif peut également glisser si on met une trop grande quantité de lubrifiant.
  - Demander au client quand il retire son pénis. S'il attend trop longtemps, quand l'érection commence à passer, le préservatif risque davantage de glisser.

### Difficulté à poser le préservatif

- Demander au client de montrer comment poser un préservatif sur un modèle. Corriger toute erreur.

### Difficulté à persuader le partenaire d'utiliser un préservatif ou incapable d'utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel

- Indiquer comment on peut discuter de l'utilisation du préservatif (voir Aborder le sujet du préservatif, page 201) et les raisons justifiant la double protection (voir Choisir une stratégie de double protection, page 280).
- Envisager de combiner le préservatif avec :
  - une autre méthode contraceptive efficace pour une meilleure protection contre la grossesse.
  - les méthodes de connaissance de la fécondité, s'il n'existe pas de risque de contracter une IST, en utilisant les préservatifs uniquement lors des périodes fécondes (voir Méthodes de connaissance de la fécondité, p. 239).
- Surtout si le client ou la partenaire sont exposés au risque de contracter des IST, encourager l'utilisation continue des préservatifs pendant qu'on traite le problème. Si aucun partenaire n'a une infection, une relation sexuelle avec fidélité mutuelle protège contre les IST sans qu'il faille employer un préservatif mais ne protège pas contre la grossesse.

**Légère irritation dans le vagin ou le pénis ou autour ou légère réaction allergique au préservatif** (démangeaisons, rougeur, éruption cutanée et/ou parties génitale, aines ou cuisses enflées après utilisation du préservatif)

- Proposer qu'il utiliser une autre marque de préservatif. Une personne sera plus sensible à cette marque qu'à une autre.
- Proposer de mettre du lubrifiant ou de l'eau sur le préservatif pour éviter des frottements qui pourraient causer l'irritation.
- Si les symptômes persistent, évaluer ou orienter vers les services compétents pour dépister une éventuelle infection vaginale ou IST.
  - En l'absence d'infection et si l'irritation continue, le client souffre probablement d'une allergie au latex.
  - S'il n'est pas exposé au risque de contracter une IST, y compris le VIH, aider le client à choisir une autre méthode.
  - Si le client ou le partenaire est exposé au risque de contracter une IST, proposer d'utiliser le préservatif féminin ou le préservatif masculin en plastique. Si ce type de préservatif n'est pas disponible, recommander vivement de continuer à utiliser les préservatifs en latex. Il devra cependant arrêter de les utiliser si les symptômes s'aggravent (voir Grave réaction allergique au préservatif, ci-après).
  - Si aucun des partenaires n'a une infection, c'est la relation empreinte de fidélité mutuelle qui assure la meilleure protection contre les IST sans qu'il faille un préservatif. Par contre, le couple ne sera protégé contre la grossesse.



## *Nouveaux problèmes qui demanderont peut-être qu'il change de méthode*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

**La partenaire utilise du miconazole ou de l'éconazole** (pour le traitement des infections vaginales)

- Une femme ne devrait pas dépendre des préservatifs en latex pendant l'emploi par voie vaginale du miconazole ou de l'éconazole. Ces produits endommagent le latex. (Le traitement par voie buccale ne nuira pas aux préservatifs).
- Elle devra utiliser les préservatifs féminins ou les préservatifs masculins en plastique ou une autre méthode contraceptive ou elle devra s'abstenir des relations sexuelles jusqu'à ce que le traitement soit achevé.

**Grave réaction allergique au préservatif** (urticaire ou éruption cutanée sur le corps, étourdissement, difficulté à respirer ou perte de connaissance pendant ou après l'utilisation du préservatif). Voir Signes et symptômes de graves affections médicales, page 320.

- Dire au client de ne plus utiliser le préservatif en latex.
- L'orienter vers les services compétents. Une grave réaction allergique au latex peut être la cause d'un choc anaphylactique fatal. Aider le client à choisir une autre méthode.
- Si le client ou la partenaire ne peuvent pas éviter le risque d'une IST, proposer qu'ils utilisent le préservatif en plastique ou les préservatifs masculins en plastique si disponibles. Si ni l'un ni l'autre des partenaires n'est infecté par une IST, c'est la relation empreinte de fidélité mutuelle qui confère la meilleure protection contre les IST sans qu'il faille utiliser de préservatif. Cependant, le couple ne sera pas protégé contre une grossesse.

# Questions et réponses sur les préservatifs masculins

1. **Est-ce que le préservatif est une méthode efficace pour prévenir une grossesse ?**
   Oui, le préservatif est une méthode efficace de planification familiale mais uniquement si on s'en sert correctement à l'occasion de chaque rapport sexuel. S'ils sont utilisés régulièrement et correctement, seules deux femmes sur 100 dont les partenaires utilisent des préservatifs tomberont enceintes pendant la première année d'utilisation.  Cependant, un grand nombre de personnes n'utilisent pas les préservatifs chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels ou alors ils ne les utilisent pas correctement et c'est la raison pour laquelle ils sont moins protégés contre la grossesse.

2. **Dans quelle mesure le préservatif protège-t-il contre l'infection à VIH ?**
   En moyenne, le préservatif confère une protection de 80 % à 95 % contre l'infection à VIH si toutefois il est utilisé correctement et régulièrement. Cela veut dire que l'utilisation du préservatif empêche 80 % à 95 % de la transmission du VIH qui aurait pu survenir en l'absence d'utilisation du préservatif. (Cela ne veut pas dire que 5 % à 20 % des utilisateurs du préservatif seront infectés par le VIH.) Sur 10 000 femmes non infectées dont les partenaires sont infectés par le VIH, si un chaque couple a des rapports vaginaux une fois et ne présente aucun autre facteur de risque l'exposant à l'infection, en moyenne :

   - Si tous les 10 000 n'utilisaient pas de préservatif, environ 10 femmes risqueraient  fort de contracter l'infection à VIH.
   - Si tous les 10 000 utilisaient correctement le préservatif, une ou deux femmes  risqueraient fort de contracter l'infection à VIH.

   Les risques que court une personne de contracter l'infection à VIH varient grandement et dépendent de bien des facteurs. A quel stade d'évolution de l'infection à VIH se trouve le partenaire (les premiers stades et ceux plus tardifs sont les plus infectieux), la personne exposée est-elle infectée par d'autres IST (cela augmente la susceptibilité de contracter le VIH), l'homme est-il circoncis (les hommes non circoncis sont plus susceptible de contracter l'infection à VIH) et la femme est-elle enceinte (les femmes enceintes courent probablement un risque plus élevé de contracter l'infection). En moyenne, les femmes sont exposées à un risque deux fois plus élevé que les hommes.

3. **Est-ce que le fait d'utiliser le préservatif seulement certaines fois et non pas lors de chaque rapport sexuel protège quand même contre les IST y compris le VIH ?**
   La meilleure protection est celle conférée par l'utilisation du préservatif à l'occasion de chaque rapport sexuel. Toutefois, même s'il n'est utilisé que certaines fois, le préservatif protège quand même. Par exemple, si une personne a un partenaire régulier et fidèle et si cette personne a un seul rapport sexuel à l'extérieur de cette relation, l'emploi du préservatif à cette occasion offre une très bonne protection. Par ailleurs, chez les personnes exposées souvent aux IST, y compris au VIH, l'utilisation irrégulière du préservatif n'offre qu'une protection limitée.

4. **Est-ce que l'utilisation du préservatif réduit le risque de transmission des IST lors des rapports sexuels anaux ?**
Oui. Les IST peuvent se transmettre d'une personne à une autre durant un acte sexuel quelconque qui comporte une pénétration (insertion du pénis dans une partie quelconque du corps d'une autre personne). Certains actes sexuels sont plus risqués que d'autres. Par exemple, le risque de contracter l'infection à VIH est 5 fois plus élevé lors de rapports sexuels anaux non protégés (réceptifs) que lors de rapports sexuels vaginaux non protégés (réceptifs). Si on utilise un préservatif en latex pour des rapports par voie vaginale, il est essentiel de mettre un lubrifiant à base d'eau ou de silicone pour éviter que le préservatif ne se déchire.

5. **Est-ce que les préservatifs en plastique (synthétique) sont efficaces pour prévenir les IST y compris le VIH ?**
Oui. Les préservatifs en plastique fournissent normalement la même protection que les préservatifs en latex bien qu'ils n'aient pas fait l'objet d'études approfondies. L'Administration de l'alimentation et des médicaments des Etats-Unis recommande d'utiliser les préservatifs en plastique pour la protection contre les IST et le VIH uniquement si une personne ne peut pas utiliser les préservatifs en latex. Par contre, les préservatifs faits avec une peau d'animal (appelés préservatifs en peau naturelle) ne sont pas efficaces pour prévenir les IST, y compris les VIH.

6. **Est-ce que les préservatifs se déchirent ou glissent souvent pendant les rapports sexuels ?**
Non. En moyenne, environ 2 % des préservatifs glissent ou se déchirent pendant les rapports sexuellement et la plupart du temps, c'est parce qu'ils sont utilisés incorrectement. Il est rare qu'un préservatif se déchire s'il est utilisé correctement. Des études avec des taux élevés de déchirure constatent que seuls quelques utilisateurs connaissent la plupart des cas de préservatif qui se sont déchirés. D'autres études montrent également que si la plupart des personnes utilisent correctement les préservatifs, il existe pourtant quelque-uns qui utilisent toujours mal le préservatif et c'est la raison pour laquelle il se déchire ou glisse. Aussi est-il important d'apprendre aux gens à ouvrir correctement le sachet ainsi qu'à poser et enlever correctement le préservatif (Voir Utilisation correcte du préservatif masculin, page 363) et à éviter les pratiques qui augmentent le risque de déchirure (voir Ce que les utilisateurs du préservatif ne devraient pas faire, page 205).

7. **Ce que les hommes et les femmes peuvent faire pour réduire le risque de grossesse et d'IST si un préservatif se déchire ou glisse pendant un rapport sexuel ?**
Si un préservatif glisse ou se déchire, la prise de la pilule contraceptive d'urgence peut réduire le risque qu'une femme tombe enceinte (soir Pilule contraceptive d'urgence, page 45). Par contre, il n'y a pas grand-chose qu'on puisse faire pour réduire le risque d'une IST, exception pourtant du VIH. Il ne sert à rien de laver le pénis. Les douches vaginales ne sont pas non plus très efficaces pour prévenir une grossesse et elles accroissent le risque de contracter les IST, y compris le VIH et les inflammations pelviennes. Si on est certain de l'exposition au VIH, les médicaments antirétroviraux (prophylaxie post-exposition) peuvent réduire le risque de transmission du VIH. Si l'exposition à d'autres IST est certaine, le médecin peut apporter un traitement de présomption pour ces IST, à savoir traiter le client ou la cliente comme s'ils étaient infectés.

**8. Un homme peut-il mettre deux ou trois préservatifs en même temps pour plus de protection ?**

Peu de faits nous montrent qu'il serait avantageux de mettre deux préservatifs ou plus. Généralement, ce n'est pas une pratique recommandée car les frictions entre les préservatifs font qu'ils risquent davantage de se déchirer. Par ailleurs, il existe une étude qui signale un taux moins élevé de déchirure lorsque deux préservatifs sont utilisés en même temps, comparé à un seul préservatif.

**9. Est-ce que le préservatif rend un homme impuissant (incapable d'avoir une érection) ?**

Non, pour la plupart des hommes. Il existe de nombreuses causes à l'impuissance. Certaines sont physiques et d'autres émotives. Le préservatif en lui-même ne cause pas l'impuissance. Certains hommes risquent d'avoir des problèmes à maintenir une érection en utilisant un préservatif. D'autres hommes, surtout ceux plus âgés, auront du mal à maintenir une érection car les préservatifs affaiblissent la sensation sexuelle. En utilisant davantage de lubrifiant, ces hommes auront plus de sensation.

**10. N'est-il pas vrai que les préservatifs sont employés surtout par les prostituées ?**

Non. Certes, le préservatif est utilisé comme protection lors de nombreux rapports sexuels occasionnels bien que des couples mariés dans le monde entier s'en servent également. Au Japon, 42 % des couples mariés utilisent des préservatifs, plus que toute autre méthode de planification familiale.

**11. L'allergie au latex est-elle chose courante ?**

Non. L'allergie au latex n'est pas courante dans la population en général et la notification de légères réactions allergiques au préservatif est très rare. Les graves réactions allergiques aux préservatifs sont extrêmement rares.

Les personnes qui ont une réaction allergique aux gants ou ballons en caoutchouc risquent d'avoir une réaction analogue aux préservatifs en latex. Une réaction légère se traduit pas une rougeur, démangeaison, éruption ou enflure de la peau qui est entrée en contact avec le latex. Une grave réaction se traduit par de l'urticaire et une éruption cutanée sur le corps, des étourdissements, de la difficulté à respirer ou une perte de connaissance après le contact au latex. Les hommes aussi bien que les femmes peuvent être allergiques au latex et aux préservatifs au latex.

# Préservatifs féminins

*Ce chapitre décrit les préservatifs féminins en plastique (synthétique).*

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Les préservatifs féminins aident à protéger contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.** Les préservatifs sont la seule méthode contraceptive qui peut protéger aussi bien contre la grossesse que les infections sexuellement transmissibles.
- **Doivent être utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel pour qu'ils soient véritablement efficaces.**
- **Une femme peut prendre l'initiative de les utiliser** mais la méthode demande la coopération du partenaire.
- **Peut demander une certaine pratique.** La pose et le retrait du préservatif féminin deviennent plus faciles au fur et à mesure qu'on acquiert de l'expérience.



## Que sont les préservatifs féminins ?

- Un fourreau souple qui revêt le vagin d'une femme et qui est fait d'un fin film en plastique.
  - A des anneaux flexibles aux deux bouts
  - Un anneau à l'extrémité fermée comporte un anneau flexible amovible qui aide la pose
  - Un anneau flexible plus large à l'extrémité ouverte du fourreau reste à l'extérieur du vagin
- Vendu sous différents noms de marque : Care, Dominique, FC Female Condom, Femidom, Femy, Myfemy, Protectiv' et Reality.
- Lubrifié avec un lubrifiant à base de silicone à l'intérieur et à l'extérieur.
- Des préservatifs féminins en latex sont disponibles dans certains pays.
- Agissent comme barrière qui empêche le sperme de pénétrer dans le vagin, évitant ainsi la grossesse. Evitent également que les infections sur le pénis ou celles dans le vagin ne viennent infecter l'autre partenaire.

## Quelle est leur efficacité ?

*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* Le risque de grossesse ou d'infections sexuellement transmissibles (IST) est le plus élevé si les préservatifs féminins ne sont pas utilisés régulièrement lors de chaque rapport sexuel. Il n'existe que peu de risque d'une grossesse ou d'infection suite à l'emploi incorrect ou parce que le préservatif s'est déchiré ou a glissé.



*Protection contre la grossesse :*

- Tels qu'ils sont utilisés couramment, environ 21 grossesses pour 100 femmes utilisant des préservatifs féminins pendant la première année. Cela signifie que 79 femmes sur 100 utilisant le préservatif féminin ne tomberont pas enceintes.
- S'ils sont utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel, environ 5 grossesses pour 100 femmes utilisant le préservatif féminin surviendront la première année.

*Retour de la fécondité après avoir arrêté d'utiliser le préservatif :*
Aucun retard

*Protection contre le VIH et les IST :*

- Les préservatifs féminins réduisent le risque d'infection causée par des IST, y compris, s'Ils sont utilisés correctement lors de chaque acte sexuel.

### Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient le préservatif féminin

- Les femmes peuvent décider par elles-mêmes qu'elles veulent l'utiliser
- A une consistance souple et humide qui donne une sensation plus naturelle que les préservatifs masculins en latex
- Aide à protéger aussi contre la grossesse ainsi que les IST y compris le VIH
- L'anneau extérieur représente une sorte de stimulation sexuelle à certaines femmes
- Son utilisation n'exige pas une visite chez le prestataire

### Pourquoi certains hommes indiquent qu'ils apprécient le préservatif féminin

- Peut être posé à l'avance et n'interrompt donc pas les relations sexuelles
- N'est pas aussi resserré que le préservatif masculin
- Ne diminue pas la sensation sexuelle comme le préservatif masculin
- Ne doit pas être enlevé de suite après les relations sexuelles



## Effets secondaires, avantages pour la santé, risques pour la santé

### *Effets secondaires*

Aucun

### *Avantages connus pour la santé*

Aide à protéger :

- Contre la grossesse
- Contre les IST, y compris le VIH

### *Risques connus pour la santé*

Aucun

### *Corriger les conceptions erronées* (Voir également Questions et Réponses, page 219)

Les préservatifs féminins :

- Ne peuvent pas se perdre dans le corps d'une femme.
- Ne sont pas difficiles à utiliser. Il faut quand même apprendre à les utiliser correctement.
- N'ont pas de trous par lesquels pourrait passer le VIH.
- Sont utilisés par des couples mariés. Ils ne sont pas destinés uniquement aux relations extra-conjugales.
- Ne causent pas de maladie chez une femme parce qu'ils empêchent le sperme de pénétrer dans son corps.



# Qui peut utiliser les préservatifs féminins

### Critères de recevabilité féminine pour les

## Préservatifs féminins

*Toutes les femmes peuvent utiliser des préservatifs féminins en plastique*. Aucune affection médicale ne les empêche.

(Pour de plus amples informations sur les critères de recevabilité médicale pour les préservatifs féminins en latex, voir Critères de recevabilité médicale pour les préservatifs masculins, page 202. Pour de plus amples informations sur la prise en charge des clients avec des allergies au latex, voir Préservatifs masculins, légère irritation dans le vagin ou pénis ou autour ou encore légère réaction allergique au préservatif, page 207, et Grave réaction allergique au préservatif, page 207.)

# Fourniture des préservatifs féminins

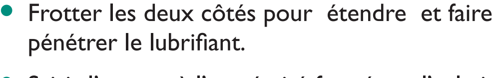
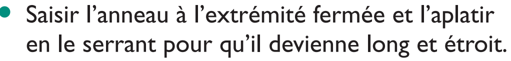
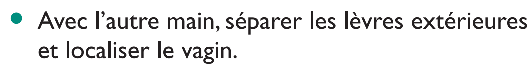
## Quand commencer

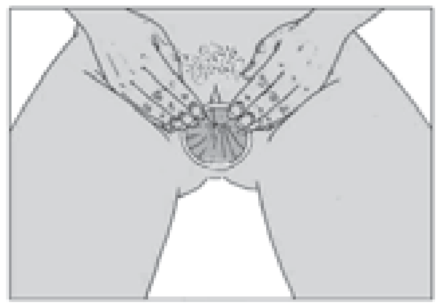
- A n'importe quel moment quand la cliente le souhaite.

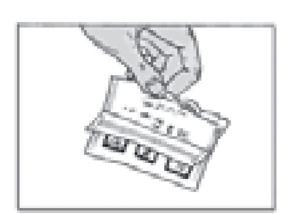
## Expliquer comment l'utiliser

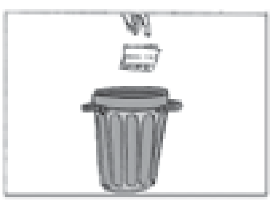
**IMPORTANT :** Chaque fois que possible, montrer à la cliente comment poser le préservatif féminin. Utiliser un modèle ou une image ou vos mains pour expliquer. Vous pouvez créer une ouverture analogue au vagin avec une main et montre comment insérer le préservatif avec l'autre main.

**Expliquer les 5 étapes fondamentales de l'utilisation du préservatif féminin**

| Etapes fondamentales | Détails importants |
|---|---|
| **1. Utiliser un nouveau préservatif pour chaque acte sexuel** | • Contrôler le sachet. Ne pas utiliser s'il est endommagé. Eviter d'employer un préservatif une fois passée sa date de péremption – ne le faire que si de nouveaux préservatifs ne sont pas disponibles.<br>• Si possible, se laver les mains avec de l'eau et du savon doux avant de poser le préservatif. |
| **2. Avant chaque contact physique, poser le préservatif dans le vagin**<br><br> | • Peut être posé jusqu'à 8 heures avant les relations sexuelles. Pour qu'elle soit le mieux protégée, elle doit poser le préservatif avant que le pénis n'entre en contact avec le vagin.<br>• Choisir la position qui convient le mieux : agenouillée, couchée, une jambe en l'air ou en position assise.<br><br>• Frotter les deux côtés pour étendre et faire pénétrer le lubrifiant.<br><br>• Saisir l'anneau à l'extrémité fermée et l'aplatir en le serrant pour qu'il devienne long et étroit.<br><br>• Avec l'autre main, séparer les lèvres extérieures et localiser le vagin.<br>• Pousser doucement le préservatif dans le vagin aussi profondément que possible. Insérer un doigt dans le préservatif pour le mettre en place. Environ 2 à 3 centimètres du préservatif et l'anneau extérieur reste à l'extérieur du vagin. |

| Etapes fondamentales | Détails importants |
|---|---|
| **3. Vérifier que le pénis pénètre dans le préservatif et reste à l'intérieur du préservatif** | • L'homme ou la femme devront guider le pénis pour qu'il entre dans le préservatif et non pas entre le préservatif et la paroi vaginale. Si le pénis se trouve à l'extérieur du préservatif, le retirer et essayer à nouveau.<br>• Si le préservatif est retiré accidentellement puis poussé à nouveau dans le vagin lors des relations sexuelles, remettre le préservatif correctement en place.<br> |
| **4. Une fois que l'homme retire son pénis, tenir l'anneau extérieur, le faire tourner en le tordant pour éviter que les liquides ne se répandent et tirer doucement pour faire sortir du vagin** | • Le préservatif féminin n'a pas besoin d'être retiré immédiatement après les relations sexuelles.<br>• Retirer le préservatif avant de se relever pour éviter de répandre le sperme.<br>• Si le couple a de nouveau des relations sexuelles, elle devra utiliser un nouveau préservatif.<br>• On ne recommande pas de réutiliser le préservatif (voir Question 5, page 220).<br> |
| **5. Jeter avec les bonnes mesures de précaution qui s'imposent** | • Remettre le préservatif dans son sachet et le jeter dans la poubelle ou dans la latrine. Ne pas jeter le préservatif dans les toilettes avec chasse d'eau car on risque de les boucher. |





## Soutenir l'utilisatrice

| | |
|---|---|
| **Vérifier que la cliente comprend l'utilisation correcte** | • Lui demander d'expliquer les 5 étapes fondamentales de l'utilisation du préservatif féminin avec un préservatif en main.<br>• Si on dispose d'un modèle, lui demander de s'exercer à poser un préservatif et à le retirer. |
| **Demander à la cliente combien de préservatifs elle souhaite emporter jusqu'à sa prochaine visite** | • Lui remettre suffisamment de préservatifs ainsi que de lubrifiant.<br>• Lui indiquer où elle peut acheter des préservatifs le cas échéant. |
| **Expliquer pourquoi il est important d'utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel** | • Un seul acte sexuel non protégé peut aboutir à une grossesse ou causer une IST – ou encore les deux.<br>• Si le préservatif n'est pas utilisé lors de tel rapport sexuel, essayer de le faire lors du prochain rapport sexuel. Ce n'est pas parce qu'on a omis de le faire une fois qu'il faut abandonner la partie et ne plus le faire du tout. |
| **Expliquer la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • Expliquer l'utilisation de la PCU en cas d'erreur d'utilisation du préservatif, ou non utilisation du préservatif, pour aider à éviter une grossesse (voir Pilule contraceptive d'urgence, page 45). Lui remettre des PCU si elles sont disponibles. |
| **Discuter des manières d'aborder l'utilisation du préservatif** | • Discuter des compétences et techniques pour négocier l'utilisation du préservatif avec les partenaires (voir Aborder le sujet du préservatif, page 201). |

### Lubrifiants pour les préservatifs féminins

Les préservatifs féminins en plastique sont emballés déjà lubrifiés avec un lubrifiant à base de silicone. Contrairement à la plupart des préservatifs masculins qui sont fabriqués en latex, les préservatifs en plastique peuvent être utilisés avec n'importe quel type de lubrifiant – qu'ils soient préparés à base d'eau, de silicone ou d'huile.

Certains préservatifs féminins sont conditionnés avec un lubrifiant supplémentaire dans le sachet. Certains centres de santé remettent également du lubrifiant supplémentaire aux femmes. Si une cliente a besoin de plus de lubrifiant, elle peut utiliser de l'eau propre, la salive, une huile ou lotion ou un lubrifiant à base de vaseline ou de silicone.

### *Conseils pour les nouvelles utilisatrices*

- Lui proposer de s'exercer à poser et à retirer le préservatif. La rassurer et lui dire que cela deviendra bien plus facile plus elle le fait. Une femme doit utiliser à plusieurs fois le préservatif féminin avant qu'elle ne soit parfaitement à l'aise pour le faire.

- Lui recommander d'essayer différentes positions pour voir quelle est la manière la plus simple de le poser.

- Le préservatif féminin est glissant. Certaines femmes constatent qu'il est plus facile de le poser si elles s'y prennent lentement surtout les premières fois.

- Si la cliente change de méthode pour passer au préservatif féminin, lui proposer de continuer à utiliser l'ancienne méthode jusqu'à ce qu'elle maîtrise l'utilisation du préservatif.

### *« Revenez à n'importe quel moment » : Raisons de revenir*

Faire savoir à la cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment. Elle est toujours la bienvenue. Elle peut revenir si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite utiliser une autre méthode, si son état de santé change ou si elle pense être enceinte. De plus elle pourra revenir si :

- Elle a des difficultés à utiliser correctement le préservatif ou régulièrement à l'occasion de chaque rapport sexuel.

- Elle a eu récemment des rapports sexuels non protégés et souhaite éviter une grossesse. Elle pourra prendre la PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, page 45).



# Aider les utilisatrices continues

1. Demander à la cliente si elle est satisfaite de la méthode : fonctionne-t-elle correctement. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de quelque chose.
2. Lui demander si elle a du mal à utiliser correctement le préservatif féminin. Arrive-t-elle à l'utiliser à l'occasion de chaque rapport sexuel. Lui donner l'information ou l'aide dont elle a besoin (voir Prise en charge des problèmes, page 218).
3. Lui remettre des préservatifs féminins et l'encourager à revenir avant que ne s'épuise sa réserve. Lui rappeler les autres endroits où elle peut obtenir des préservatifs féminins.
4. Demander à une cliente qui utilise la méthode depuis longtemps si sa vie connaît des changements importants : souhaite-t-elle avoir un enfant ou est-elle exposée au risque de contracter des IST/VIH ? Assurer le suivi nécessaire.

# Prise en charge des problèmes ?

## *Problèmes au niveau de l'utilisation*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément

- Les problèmes au niveau des préservatifs se répercutent sur la satisfaction de la cliente et l'utilisation de la méthode. Ils méritent l'attention du prestataire. Si la cliente signale un problème, l'écouter et lui donner les conseils nécessaires.
- Proposer à la cliente de l'aider à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou si le problème ne peut pas être surmonté, à moins que les préservatifs ne soient nécessaires pour la protection contre les IST, y compris le VIH.

### Difficultés à poser le préservatif

- Comment s'y prend-elle pour insérer le préservatif ? Si un modèle est disponible, lui faire une démonstration et la laisser s'exercer. S'il n'y a pas de modèle, lui démontrer en utilisant les mains. Corriger les erreurs.

### L'anneau intérieur la gêne ou lui fait mal

- Lui proposer d'insérer à nouveau ou de repositionner le préservatif de sorte à ce que l'anneau interne soit placé derrière l'os pubien où il ne peut pas gêner.

### Le préservatif fait du bruit (siffle) pendant les rapports sexuels

- Lui proposer d'ajouter davantage de lubrifiant à l'intérieur du préservatif ou sur le pénis.

### Le préservatif glisse, n'est pas utilisé ou est utilisé incorrectement

- La PCU peut aider à prévenir la grossesse (voir Pilule contraceptive d'urgence, page 45).
- Il n'y a pas grand-chose à faire pour réduire le risque d'une IST si un préservatif se déchire ou glisse ou encore s'il n'a pas été utilisé (voir Préservatifs masculins, question 7 page 209). Si la cliente a des signes ou symptômes d'IST après des rapports sexuels non protégés, évaluer ou aiguiller vers les services compétents.
- Si la cliente signale que le préservatif a glissé, cela pourrait être dû à une pose incorrecte. Lui montre comment poser correctement le préservatif en utilisant un modèle ou les mains. Corriger toute erreur.

### Difficulté à persuader le partenaire d'utiliser le préservatif ou est incapable de l'utiliser lors de chaque rapport sexuel

- Discuter de la manière dont on peut discuter avec le partenaire de l'importance d'utiliser un préservatif pour se protéger contre les grossesses et les IST. (Voir Préservatifs masculins, difficultés à persuader un partenaire d'utiliser le préservatif ou ne pas être en mesure de l'utiliser lors de chaque rapport sexuel, page 206).

### Légère irritation dans le vagin et le pénis ou autour (rougeur, irritation ou éruption)

- Disparaît généralement toute seule sans traitement.

- Proposer d'ajouter du lubrifiant à l'intérieur du préservatif ou sur le pénis pour diminuer les frottements qui peuvent provoquer l'irritation.
- Si les symptômes persistent, évaluer et traiter une éventuelle infection vaginale ou une IST.
  - S'il n'y a pas d'infection, aider la cliente à choisir une autre méthode à moins que la cliente ne soit exposée au risque de contracter une IST, y compris le VIH.
  - Si la cliente est exposée au risque de contracter des IST, y compris le VIH, proposer d'utiliser des préservatifs masculins. Si l'utilisation du préservatif masculin n'est pas possible, recommander vivement de continuer à utiliser le préservatif féminin même si c'est gênant.
  - Si ni l'un ni l'autre des partenaires n'ont une infection, c'est la relation de fidélité mutuelle qui confère la meilleure protection contre une IST sans qu'il faille utiliser un préservatif. Par contre, le couple ne sera plus protégé contre la grossesse.

**Grossesse soupçonnée**

- Faire un test de grossesse.
- Une femme peut utiliser sans risques le préservatif féminin pendant la grossesse pour continuer à être protégée contre les IST.

# Questions et réponses sur les préservatifs féminins

**1. Le préservatif féminin est-il difficile à utiliser ?**

Non mais cela demander pratique et patience. Voir Conseils pour les Nouvelles Utilisatrices, page 217.

**2. Est-ce que le préservatif féminin peut prévenir efficacement la grossesse aussi bien que les IST y compris le VIH ?**

Oui. Les préservatifs féminins confèrent une double protection, aussi bien contre la grossesse que les IST, y compris le VIH, s'ils sont utilisés correctement et régulièrement. Seulement un grand nombre de personnes n'utilisent pas les préservatifs chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels ou alors elles ne les utilisent pas correctement. Cela diminue la protection contre la grossesse et les IST.

**3. Est-ce qu'on peut utiliser ensemble et en même temps le préservatif masculin et le préservatif féminin ?**

Non. Il ne faut pas utiliser à la fois le préservatif masculin et le préservatif féminin. Cela cause une friction qui peut faire glisser ou déchirer les préservatifs.

**4. Quelle est la meilleure manière de vérifier que le pénis entre dans le préservatif et non pas à l'extérieur ?**

Pour éviter que le préservatif soit utilisé incorrectement, l'homme devrait guider attentivement son pénis et placer le bout à l'intérieur de l'anneau extérieur. Si le pénis va entre la paroi du vagin et le préservatif, il faut le retirer et essayer de nouveau.

**5. Est-ce que le préservatif féminin peut être utilisé plus d'une fois ?**

On ne recommande pas de réutiliser le préservatif féminin. Par ailleurs, dans certains on ne trouve pas suffisamment de préservatifs et certaines clientes les réutilisent. L'Organisation mondiale de la Santé a mis au point certaines instructions à suivre en désinfectant et en lavant les préservatifs féminins avant de les réutiliser. Les instructions sont mises à l'essai pour juger de leur efficacité et innocuité. Certains programmes devront introduire les instructions de réutilisation si la disponibilité des préservatifs féminins est limitée.

**6. Est-ce que le préservatif féminin peut être utilisée si une femme a ses règles ?**

Les femmes peuvent utiliser le préservatif féminin lorsqu'elles ont leurs règles. Par contre, on ne peut pas l'utiliser en même temps qu'un tampon. Le tampon doit être retiré avant de poser le préservatif.

**7. Le préservatif féminin n'est-il pas trop grand pour être confortable ?**

Non. Les préservatifs féminins sont de la même longueur que les préservatifs masculins mais ils sont plus larges. Ils sont très souples et épousent mieux la forme du vagin. Les préservatifs ont été conçus attentivement et ont fait l'objet de divers tests pour être adapté à la taille de toutes les femmes, quelle que soit la taille de son vagin et pour tout homme, quelle que soit la taille du pénis.

**8. Est-ce que le préservatif féminin peut se perdre dans le corps d'une femme ?**

Non. Le préservatif féminin reste dans le vagin d'une femme jusqu'à ce que cette dernière le retire. Il ne peut pas passer par le col pour aller dans l'utérus car il est trop grand.

**9. Est-ce le préservatif féminin peut être utilisé dans différentes positions sexuelles ?**

Oui. Le préservatif féminin peut être utilisée dans n'importe quelle position sexuelle.

**10. Pourquoi les préservatifs féminins sont-ils plus chers que les préservatifs masculins ?**

Pour un achat en gros, les préservatifs féminins coûtent 0.66 $US pièce alors que le préservatif masculin ne coûte que 0.03 $US. En effet, le polyuréthane est plus cher que le latex et en plus, la production de préservatifs féminins est de loin pas à aussi grande échelle que celle des préservatifs masculins. Un préservatif féminin en latex a été mis au point pour diminuer le coût. Pour un achat en gros, ce nouveau préservatif féminin en latex coûte seulement 0.22 $US pièce. Probablement que les programmes achèteront davantage de ces préservatifs en latex et les distribueront davantage dès qu'ils deviendront disponibles.

CHAPITRE 15

# Spermicides et diaphragmes

## Spermicides

**Points-clé pour les prestataires et les clientes**

- **Les spermicides sont placés tout au fond du vagin peu avant les relations sexuelles.**
- **Demandent une utilisation correcte lors de chaque rapport sexuel, pour qu'ils soient le plus efficaces possibles.**
- **L'une des méthodes contraceptives les moins efficaces.**
- **Peuvent être utilisés comme méthode primaire ou comme méthode d'appoint.**

### Que sont les spermicides ?

- Des substances qui tuent les spermatozoïdes et qui sont insérées tout au fond du vagin près du col, avant les rapports sexuels.
  – Le nonoxynol-9 est le plus utilisé.
  – Autres spermicides : benzalkonium chloride, chlorhexidine, menfegol, octoxynol-9 et sodium docusate.
- Disponibles sous forme de comprimés de mousse, suppositoires moussants ou fondants, boîtes de mousses pressurisées, films fondants, gelées et crèmes.
  – Les gelées, crèmes et mousses en boîtes peuvent être utilisées toutes seules avec un diaphragme ou avec des préservatifs.
  – Les films, les suppositoires, les comprimés moussants ou les suppositoires moussants peuvent être utilisés tout seuls ou avec des préservatifs.
- Agissent en rompant la membrane des cellules des spermatozoïdes, en les tuant ou en ralentissant leur mouvement. Aussi, les spermatozoïdes ne peuvent-ils pas rencontrer l'ovocyte.

## Quelle est leur efficacité ?




*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* le risque de grossesse est le plus élevé lorsque les spermicides ne sont pas utilisés lors de chaque rapport sexuel.

- L'une des méthodes de planification familiale les moins efficaces.
- Tels qu'ils sont couramment utilisés, environ 29 grossesses pour 100 femmes utilisant des spermicides pendant la première année. Cela signifie que 71 sur 100 femmes utilisant les spermicides ne tomberont pas enceintes.
- S'ils sont utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel, environ 18 grossesses pour 100 femmes utilisant les spermicides pendant la première année.

*Retour de la fécondité une fois que l'on arrête les spermicides :* pas de retard

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune. L'utilisation fréquente du nonoxynol-9 peut augmenter le risque de contracter l'infection à VIH (voir Question 3, p. 235).

## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

### *Effets secondaires* (voir Prise en charge des problèmes, p. 233)

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- Irritation autour ou dans le vagin ou le pénis

Autres changements physiques possibles :

- Lésions vaginales

### *Avantages connus pour la santé*

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse



### *Risques connus pour la santé*

Peu fréquents :

- Infection des voies urinaires, surtout si l'on utilise les spermicides deux fois ou plus par jour

Rares :

- L'utilisation fréquente du nonoxynol-9 peut augmenter le risque de contracter l'infection à VIH (voir Question 3, p. 235)

### ***Corriger les conceptions erronées*** (voir également Questions et réponses, p. 235)

Les spermicides ne réduisent pas :

- Les sécrétions vaginales et ne font pas saigner une femme pendant les relations sexuelles.
- Ne provoquent pas de cancer du col ou de malformations congénitales.
- Ne protègent pas contre les IST.
- Ne changent pas la libido d'un homme ou d'une femme et ne diminuent pas le plaisir sexuel pour la plupart des hommes.
- N'arrêtent pas les saignements menstruels pour les femmes.

**Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient les spermicides**

- Sont sous le contrôle de la femme
- N'ont pas d'effets secondaires hormonaux
- Augmentent la lubrification vaginale
- Peuvent être utilisés sans consulter un prestataire de soins de santé
- Peuvent être insérés à l'avance et, par conséquent n'interrompent pas les relations sexuelles



# Qui peut et qui ne peut pas utiliser les spermicides

## Sans risques et conviennent à pratiquement toutes les femmes

**Critères de recevabilité médicale pour**

**Les spermicides**

Toutes les femmes peuvent utiliser sans risques les spermicides à l'exception de celles qui :

- Sont exposées à un risque élevé de contracter l'infection à VIH
- Sont infectées par le VIH
- Ont le sida

# La fourniture de spermicides

## Quand commencer

- A n'importe quel moment quand la cliente le souhaite

## Expliquer comment utiliser les spermicides

| | |
|---|---|
| **Remettre le spermicide** | • Donner autant de spermicides que possible — jusqu'à l'approvisionnement d'une année si c'est possible. |
| **Expliquer comment insérer les spermicides dans le vagin** | **1.** Vérifier la date de péremption et éviter d'utiliser les spermicides qui sont périmés.<br>**2.** Se laver les mains avec de l'eau propre et du savon doux si possible.<br>**3.** Mousse ou crème : secouer les boîtes de mousses dures. Presser sur la boîte ou le cube pour que les spermicides entrent dans l'applicateur en plastique. Insérer l'applicateur tout au fond du vagin près du col et pousser le piston.<br>**4.** Comprimés, suppositoires, mousses : insérer les spermicides tout au fond du vagin près du col avec l'applicateur ou avec les doigts. Pellicule : la replier en deux ou l'insérer avec des doigts qui sont secs (sinon elle collera sur les doigts et pas sur le col). |
| **Expliquer comment insérer les spermicides dans le vagin** | • Mousses ou crèmes : à n'importe quel moment, à moins d'une heure avant les relations sexuelles.<br>• Comprimés, suppositoires, gelées, film : entre 10 minutes et une heure avant les relations sexuelles, suivant le type. |
| **Expliquer à propos des rapports sexuels multiples** | • Insérer du spermicide supplémentaire avant chaque rapport sexuel. |
| **Ne pas laver le vagin** (douche vaginale) **après les rapports sexuels** | • Les douches vaginales ne sont pas recommandées car les spermicides partiraient avec et elles augmentent également le risque de contracter des infections sexuellement transmissibles.<br>• Si une douche vaginale est souhaitée, attendre 6 heures au moins après les rapports sexuels. |

## Soutenir l'utilisatrice des spermicides

| | |
|---|---|
| **Vérifier que la cliente comprend l'utilisation correcte** | • Demander à la cliente de répéter comment et quand elle doit insérer son spermicide. |
| **Décrire les effets secondaires les plus courants** | • Démangeaisons et irritations autour ou dans le vagin et le pénis. |
| **Expliquer à propos de la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • Expliquer l'utilisation de la PCU dans le cas ou le spermicide n'est pas utilisé du tout, ou n'est pas utilisé correctement (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45). Remettre des PCU si disponibles |

# Diaphragmes

### Point-clé pour prestataires et les clientes

- **Le diaphragme est placé au fond du vagin avant les relations sexuelles.** Il recouvre le col. Les spermicides confèrent une protection contraceptive supplémentaire.
- **Un examen pelvien est nécessaire avant de commencer l'utilisation.** Le prestataire doit choisir un diaphragme qui est bien ajusté.
- **Exige une utilisation correcte lors de chaque rapport sexuel pour qu'il soit le plus efficace possible.**

## Qu'est le diaphragme ?

- Un dôme de caoutchouc souple qui couvre le col. Il existe également probablement des diaphragmes en plastique.
- Le rebord contient un élastique souple qui garde le diaphragme en place.
- Utilisé avec une crème, une gelée ou une mousse spermicide pour améliorer l'efficacité.
- Est vendu en grandeurs différentes. Doit être ajusté par un prestataire spécialement formé.
- Agit en empêchant le sperme d'entrer dans le col ; le spermicide tue ou annihile les spermatozoïdes. Les deux empêchent les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule.

## Quelle est son efficacité ?

Plus efficace

Moins efficace

*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* le risque de grossesse est le plus élevé lorsque le diaphragme et le spermicide ne sont pas utilisés lors de chaque rapport sexuel.

- Tel qu'il est utilisé actuellement, environ 16 grossesses pour 100 femmes utilisant le diaphragme avec des spermicides pendant la première année. Cela signifie que 84 femmes sur 100 utilisant le diaphragme ne tomberont pas enceintes.
- S'il est utilisé correctement lors de chaque rapport sexuel, environ 6 grossesses pour 100 femmes utilisant le diaphragme avec des spermicides pendant la première année.

*Retour de la fécondité après avoir arrêté l'utilisation du diaphragme :* aucun retard

*Protection contre les IST :* peut conférer une certaine protection contre certaines IST mais il ne faut pas en dépendre pour la prévention des IST (voir Question 8, page 236).

## Effets secondaires, avantage pour la santé et risques pour la santé

### Effets secondaires : (voir Prise en charge des problèmes, p. 233)

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- Irritation dans le vagin ou sur le pénis ou autour

Autres changements physiques possibles :

- Lésions vaginales

### Avantages connus pour la santé

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse

Peut aider à protéger contre :

- Certaines IST (chlamydia, gonorrhée, inflammation pelvienne, trichomonase)
- Précancer et cancer du col

### Risques connus pour la santé

Courants à peu courants :

- Infection de voies urinaires

Peu courants :

- Vaginoses bactériennes
- Candidoses

Rares :

- Utilisation fréquente du nonoxynol-9 pour augmenter le risque de contracter l'infection à VIH (voir Question 3, page 235).

Extrêmement rares :

- Syndrome de choc toxique

### *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et réponses, p. 235)

Diaphragmes :

- N'affecte pas la sexualité. Quelques hommes indiquent qu'ils sentent le diaphragme pendant les rapports sexuels mais, pour la plupart, ce n'est pas le cas.
- Ne peut pas sortir par le col. Il ne peut pas rentrer dans l'utérus et ne peut pas se perdre dans le corps d'une femme.
- Ne provoque pas le cancer du col.

### Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient le diaphragme

- Est sous le contrôle de la femme
- N'a pas d'effets secondaires hormonaux
- Peut être inséré à l'avance et, par conséquent n'interrompt pas les relations sexuelles

# Qui peut et qui ne peut pas utiliser le diaphragme

## Sans risques et qui convient à pratiquement toutes les femmes

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser le diaphragme sans risques et de manière efficace.

### Critères de recevabilité médicales pour

## Le diaphragme

Poser à la cliente les questions ci-après à propos d'affections médicales connues. Les examens et tests ne sont pas nécessaires. Si elle répond "non" à toutes les questions, alors elle peut commencer à utiliser le diaphragme si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à une question, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut quand même commencer à utiliser le diaphragme. Ces questions s'appliquent également à la cape cervicale (voir p. 238).

**1. Avez-vous eu récemment un bébé ou avez-vous eu récemment un avortement spontané ou provoqué du second trimestre ? Si oui, quand ?**

❑ NON ❑ **OUI** Le diaphragme ne peut pas être ajusté avant 6 semaines après l'accouchement ou un avortement du second trimestre, car ce n'est qu'à ce moment que l'utérus et que le col ont repris une taille normale. Lui remettre une méthode* d'appoint qu'elle peut utiliser jusqu'à ce moment-là.

*(Suite à la page suivante)*

* *Les méthodes d'appoint sont les suivantes : abstinence, préservatifs masculins et féminins, spermicides et retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si possible, lui remettre des préservatifs.*

*Critères de recevabilité médicale pour le diaphragme (suite)*

**2. Etes-vous allergique au caoutchouc en latex ?**

❑ NO ❑ **SI** Elle ne peut pas utiliser un diaphragme en latex. Elle peut utiliser un diaphragme conçu en plastique.

**3. Etes-vous infectée par le VIH ou avez-vous le sida ? Est-ce que vous pensez que vous courrez un risque élevé de contracter l'infection à VIH ? Discuter de ce qui expose une femme à un risque élevé de contracter le VIH [voir Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, Qui est exposé aux risques ?, p. 276]. Par exemple, son partenaire est infecté par le VIH).**

❑ NO ❑ **SI** Ne pas lui fournir un diaphragme. Pour une protection contre le VIH, recommander d'utiliser des préservatifs, soit tout seuls, soit avec une autre méthode.

Pour des classifications complètes, voir Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 324. Lui expliquer les avantages et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode qu'elle utilisera. Lui signaler également toute affection qui ferait que la méthode n'est guère recommandée dans son cas.

## Faire appel au jugement clinique dans les cas spéciaux d'utilisation du diaphragme

Généralement, une femme souffrant de l'un des problèmes exposés ci-après ne devrait pas utiliser le diaphragme. Par ailleurs, dans des circonstances spéciales, lorsque d'autres méthodes plus adéquates ne sont pas disponibles ou ne sont pas acceptables dans son cas, un prestataire qualifié qui a évalué attentivement le problème de cette femme ainsi que de sa situation pourra décider qu'elle peut quand même utiliser le diaphragme et les spermicides. Le prestataire doit envisager la gravité du problème et, dans la plupart des cas, déterminer si elle peut avoir accès à un suivi.

- Antécédents de syndrome de choc toxique
- Allergie au latex, surtout si la réaction allergique est bénigne (voir Irritations bénignes dans ou autour du vagin et du pénis ou réaction allergique bénignes au préservatif, p. 207)
- Risque élevé d'infections à VIH, infection à VIH, ou sida

# Fourniture du diaphragme

## Quand commencer

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A n'importe quel moment** | **A n'importe quel moment**<br>• Si elle a eu un accouchement à terme ou un avortement spontané ou provoqué du second trimestre il y a moins de 6 semaines, lui remettre une méthode d'appoint qu'elle peut utiliser si nécessaire jusqu'à ce que les 6 semaines soient écoulées. |
| **Conseil spécial pour les femmes qui ont arrêté d'utiliser une autre méthode** | • Lui proposer d'essayer le diaphragme pendant un certain temps alors qu'elle continue à utiliser son autre méthode. De cette manière, elle prendra confiance et saura qu'elle peut utiliser correctement le diaphragme. |

### *Expliquer la technique de l'ajustement*

Il faut de la formation et de l'expérience pour apprendre à une femme à ajuster le diaphragme. Par conséquent, il s'agit d'un récapitulatif et non pas d'instructions détaillées.

1. Le prestataire utilise les bonnes mesures de prévention des infections (voir Prévention de l'infection dans le centre de santé, p. 312).
2. La femme est couchée sur le dos pour l'examen gynécologique.
3. Le prestataire vérifie s'il existe des problèmes qui rendraient impossible l'utilisation du diaphragme, par exemple, un prolapsus utérin.
4. Le prestataire insère l'index et le majeur dans le vagin pour déterminer la taille correcte du diaphragme.
5. Le prestataire insère un diaphragme ajusté tout spécialement dans le vagin de la femme, de sorte à couvrir le col. Le prestataire vérifie ensuite l'emplacement du col et vérifie que le diaphragme et bien ajusté et ne sort pas facilement.
6. Le prestataire remet à la femme un diaphragme bien ajusté et suffisamment de spermicides qu'elle pourra utiliser avec le diaphragme. Il lui apprend à l'utiliser correctement (voir Expliquer comment utiliser un diaphragme, p. 230).

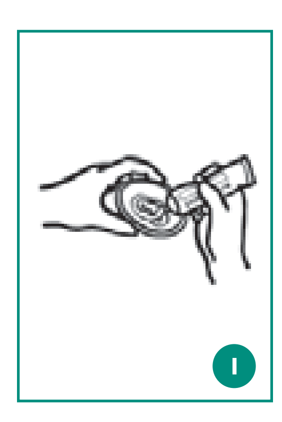
Avec un diaphragme bien ajusté, la cliente ne devrait en principe rien sentir dans son vagin, même si elle se déplace ou lors des relations sexuelles.

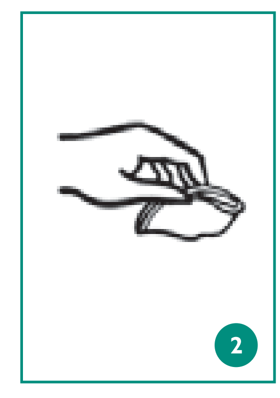
# Expliquer comment utiliser le diaphragme

**IMPORTANT :** Chaque fois que possible, montrer à la femme l'emplacement de l'os pubien et du col, à l'aide d'un modèle ou d'une image. Expliquer que le diaphragme est inséré derrière l'os pubien et recouvre le col.

**Expliquer les 5 Etapes fondamentales de l'utilisation d'un diaphragme**

| Etape fondamentale | Détails importants |
|---|---|
| **1. Presser une cuillerée de crème, de gelée ou mousse spermicide dans la coupe du diaphragme et sur son rebord** | • Se laver les mains avec de l'eau propre et du savon doux si disponible.<br>• Vérifier le diaphragme pour s'assurer qu'il n'existe pas de trous, de craquelures, en le tenant à la lumière.<br>• Vérifier la date de péremption du spermicide et éviter de l'utiliser s'il est périmé.<br>• Insérer le diaphragme moins de 6 heures avant les relations sexuelles. |
| **2. Rapprocher les bords opposés ; pousser dans le vagin aussi loin que possible** | • Choisir une position qui est confortable pour l'insertion — à genou, une jambe en l'air, assise ou couchée. |
| **3. Avec le doigt, toucher le diaphragme pour être sûr qu'il recouvre le col** | • A travers le dôme du diaphragme, le col ressemble au bout du nez.<br>• Si le diaphragme est inconfortable, le sortir et l'insérer à nouveau. |






| Etape fondamentale | Détails importants |
|---|---|
| **4. Garder en place pendant au moins 6 heures après les relations sexuelles** | • Garder le diaphragme en place pendant au moins 6 heures après les relations sexuelles, mais plus de 24 heures.<br>• *Le fait de laisser le diaphragme en place pendant plus d'une journée peut augmenter le risque du syndrome de choc toxique*. Cela peut également provoquer une mauvaise odeur et des pertes vaginales. (Les odeurs et les pertes cessent d'elles-mêmes, une fois le diaphragme retiré).<br>• Pour de multiples rapports sexuels, vérifier que le diaphragme est toujours en position correcte et ajouter des spermicides supplémentaires devant le diaphragme avant chaque rapport sexuel. |
| **5. Pour le retirer, glisser un doigt sous le bord du diaphragme pour le tirer vers l'avant** | • Se laver les mains avec de l'eau propre et du savon doux si possible.<br>• Insérer un doigt dans le vagin jusqu'à ce qu'elle sente le bord du diaphragme.<br>• Faire glisser doucement le doigt sous le rebord et tirer le diaphragme pour le faire sortir. Faire attention de ne pas déchirer le diaphragme avec les ongles.<br>• Laver le diaphragme avec de l'eau propre et du savon doux et le sécher après chaque utilisation. |

## Soutenir l'utilisatrice du diaphragme

| | |
|---|---|
| **Vérifier que la cliente comprend l'utilisation correcte** | • Demander à la cliente de répéter comment et quand insérer le diaphragme et quand retirer le diaphragme. |
| **Expliquer que l'utilisation devient plus facile avec le temps** | • Plus elle aura de la pratique pour insérer et retirer le diaphragme et plus facile cela deviendra. |
| **Décrire les effets secondaires les plus courants** | • Démangeaisons et irritations dans ou autour du vagin ou du pénis. |
| **Expliquer à propos de la pilule contraceptive d'urgence** (PCU) | • Expliquer l'utilisation de la PCU dans le cas où le diaphragme ne tient pas en place ou n'est pas utilisé correctement (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45). Lui remettre des PCU si disponibles. |
| **Expliquer à propos du remplacement** | • Lorsque le diaphragme devient trop fin, ou a des trous ou encore s'il devient raide, il ne faudrait plus l'utiliser et il s'agit de le remplacer. Elle doit obtenir un nouveau diaphragme tous les deux ans environs. |

### *Conseils pour les utilisatrices des spermicides ou du diaphragme avec spermicides*

- Les spermicides doivent être gardés dans un endroit frais et sec si possible, à l'abri du soleil. Les suppositoires peuvent fondre dans la chaleur. S'ils sont gardés au sec, les comprimés de mousse risquent moins de fondre dans un climat chaud.
- Le diaphragme devrait être gardé dans un endroit frais et au sec si possible.
- Elle aura besoin d'un nouveau diaphragme ajusté si elle a eu un bébé, ou une fausse couche ou un avortement du second trimestre.

### *"Revenez à n'importe quel moment" : raisons de revenir*

Bien indiquer à chaque cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment — par exemple : si elle a des problèmes, des questions, ou si elle souhaite utiliser une autre méthode : elle peut également revenir si elle constate un changement important dans son état de santé ou si elle pense qu'elle pourrait être enceinte.

Conseil général pour la santé : une personne qui sent soudainement que quelque chose va mal avec sa santé devrait revenir immédiatement pour obtenir des soins médicaux auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Il est fort probable que la cause de cet état ne réside pas dans la méthode contraceptive, mais elle devrait quand même indiquer ce qu'elle utilise, à l'infirmière ou au médecin.

# Aider les utilisatrices continues

1. Demander à la cliente si tout se passe bien avec la méthode et si elle est satisfaite. Lui demander si elle a des questions ou si elle souhaite discuter de tel ou tel aspect.
2. Lui demander si elle a des problèmes à utiliser correctement la méthode. Lui donner des informations ou l'aide dont elle a besoin (voir Prise en charge des problèmes, page suivante).
3. Lui remettre les produits et lui recommander de revenir dès que sa réserve est sur le point de s'épuiser. Lui rappeler les autres endroits où elle peut également obtenir ces produits.
4. Demander à une cliente qui utilise depuis longtemps la méthode si elle a de nouveaux problèmes de santé. Traiter les problèmes, tel qu'il convient. Pour les nouveaux problèmes de santé qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode, voir p. 234.
5. Demander à une cliente qui utilise depuis longtemps la méthode si des changements importants sont survenus dans sa vie qui pourraient modifier ses besoins — surtout si elle a l'intention d'avoir un enfant ou si elle est exposée au risque de contracter les IST/VIH. Assurer le suivi, tel que nécessaire.

## Prise en charge des problèmes

### *Problèmes notés comme effets secondaires ou problèmes au niveau de l'utilisation*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

- Effets secondaires ou problèmes avec les spermicides et les diaphragmes qui se répercutent sur la satisfaction de la femme et sur l'utilisation de la méthode. Ils méritent l'attention du prestataire. Si la cliente signale des effets secondaires ou des problèmes, l'écouter, lui donner des conseils et la traiter si c'est indiqué.
- Proposer à la cliente de l'aider à choisir une autre méthode — à présent si elle le souhaite ou si les problèmes ne peuvent pas être surmontés.

**Difficultés à insérer ou à retirer le diaphragme**

- Donner des conseils concernant l'insertion et le retrait. Lui demander d'insérer et de retirer le diaphragme dans le centre de santé. Vérifier s'il est bien placé une fois qu'elle l'a inséré. Corriger toutes les erreurs.

**Gênes ou douleurs en utilisant le diaphragme**

- Un diaphragme trop grand peut gêner et causer de l'inconfort. Vérifier s'il est bien ajusté.
  - Ajuster un diaphragme plus petit si celui qu'elle porte est trop grand.
  - S'il semble bien ajusté et s'il existe différents types de diaphragme, essayer un autre diaphragme.
- Lui demander d'insérer et de retirer le diaphragme dans le centre de santé. Vérifier si le diaphragme est bien placé une fois qu'elle l'a inséré. Lui donner les conseils nécessaires.
- Vérifier s'il existe des lésions vaginales :
  - S'il existe des lésions ou des plaies vaginales, proposer d'utiliser une autre méthode temporairement (préservatifs ou contraceptifs oraux) et lui remettre les produits.
  - Faire une évaluation pour dépister une éventuelle infection vaginale ou infection sexuellement transmissible (IST). Traiter ou orienter vers les services compétents.
  - Les lésions partiront d'elles-mêmes si elle passe à une autre méthode.

**Irritations dans le vagin ou au pénis ou autour** (elle ou son partenaires ont eu des démangeaisons, éruptions ou irritations durant un jour ou plus)

- Vérifier l'éventuelle présence d'une infection vaginale ou d'une IST et traiter ou orienter vers les services de traitements nécessaires.
- S'il n'existe aucune infection, lui proposer d'essayer un type ou une marque différente de spermicides.

**Infection des voies urinaires** (brûlures ou douleurs à la miction, mictions fréquentes en petites quantités, sang dans les urines, maux de dos)

- Traiter avec de la cotrimoxazole 240 mg par voie buccale une fois par jour pendant 3 jours, ou de la triméthoprime 100 mg par voie buccale une fois par jour pendant 3 jours, ou de la nitrofurantoïne 50 mg par voie buccale 2 fois par jour pendant 3 jours.
- Si l'infection récidive, envisager d'ajuster un diaphragme plus petit.

**Vaginose bactérienne** (pertes vaginales anormales, blanches ou grises avec odeur déplaisante, peut également avoir des brûlures à la miction et/ou des démangeaisons autour du vagin)

- Traiter avec de la métronidazole 2 g par voie buccale en une seule dose ou de la métronidazole 400–500 mg par jour pendant 7 jours.

**Candidose** (pertes vaginales anormales, blanches ou grises avec odeur déplaisante, peut également avoir des brûlures à la miction et/ou des démangeaisons autour du vagin)

- Traiter avec de la fluconazole 150 mg par voie buccale en une seule dose, de la miconazole 200 mg par suppositoire vaginal, une fois par jour pendant 3 jours ou de la clotrimazole 100 mg par comprimés vaginaux, deux fois par jours pendant 3 jours.
- Les suppositoires de miconazole sont à base d'huile et peuvent endommager le diaphragme en latex. Les femmes utilisant du miconazole par voie vaginale ne devraient pas utiliser les diaphragmes en latex ou les préservatifs en latex pendant le traitement. Elles peuvent utiliser un préservatif féminin ou masculin en plastique ou une autre méthode jusqu'à la fin de la prise du médicament. (Le traitement par voie buccale ne nuit pas au latex).

**Grossesse soupçonnée**

- Faire un test de grossesse.
- On ne connaît aucun pour un fœtus conçu alors que des spermicides étaient utilisés.

## *Nouveaux problèmes qui demanderont peut-être qu'elle change de méthode*

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément.

**Infections des voies urinaires ou infections vaginales récidivantes** (vaginose ou candidose bactérienne)

- Envisager de réajuster un diaphragme plus petit.

**Allergie au latex** (rougeur, démangeaisons, éruptions et/ou parties génitales enflées, tuméfaction de l'aine et des cuisses [réaction bénigne] ; ou urticaires ou éruptions sur le corps, étourdissement, difficultés à respirer, perte de connaissance [réaction grave)

- Dire à la cliente de d'arrêter d'utiliser un diaphragme en latex. Lui remettre un diaphragme en plastique si disponible ou l'aider à choisir une autre méthode, mais pas des préservatifs en latex.

**Syndrome du choc toxique** (fièvre élevée soudaine, éruption cutanée, vomissement, diarrhée, étourdissement, maux de gorge et muscles endoloris). Voir Signes et Symptômes de graves problèmes de santé, page 320.

- Traiter ou diriger vers les services compétents pour un diagnostic et des soins immédiats. Le syndrome du choc toxique peut s'avérer fatal.
- Dire à la cliente d'arrêter d'utiliser le diaphragme. L'aider à choisir une autre méthode mais pas la cape cervicale.

# Questions et réponses sur les spermicides et les diaphragmes

**1. Est-ce que les spermicides peuvent causer des malformations congénitales ? Est-ce que le fœtus souffrira si une femme utilise accidentellement des spermicides alors qu'elle est enceinte ?**

Non. Il existe de solides preuves qui viennent nous montrer que les spermicides ne causeront pas de malformations congénitales et ne nuiront pas au fœtus si une femme tombe enceinte alors qu'elle utilise des spermicides ou si elle utilise des spermicides alors qu'elle est déjà enceinte.

**2. Est-ce que les spermicides causent le cancer ?**

Non, les spermicides ne causent pas le cancer.

**3. Est-ce que les spermicides augmentent le risque de contracter l'infection à VIH ?**

Les femmes qui utilisent plusieurs fois par jour du nonoxynol-9 sont probablement exposées à un risque accru d'être infectées par le VIH. Les spermicides causent une irritation vaginale qui peut provoquer de légères lésions sur le revêtement du vagin ou sur les parties génitales externes. Ces lésions facilitent l'infection par le VIH. Les études qui ont avancé que l'utilisation des spermicides augmentait le risque de contracter ont été faites auprès de femmes qui utilisaient des spermicides plusieurs fois par jour. Les femmes qui ont de multiples rapports sexuels par jour devraient utiliser une autre méthode contraceptive. Par ailleurs, une étude faite auprès de femmes qui utilisaient le nonoxynol-9 trois fois par semaine ne constatait aucun risque accru de contracter l'infection à VIH chez les utilisatrices des spermicides comparé aux femmes n'utilisant pas de spermicides.

**4. Est-ce que le diaphragme est inconfortable pour les femmes ?**

Non, s'il a la dimension voulue et est bien posé. En général, la femme et son partenaire ne sentent pas le diaphragme durant les rapports sexuels. Le prestataire choisit pour chaque femme le diaphragme de dimension voulue de façon à ce qu'il soit bien calé et ne fasse pas mal. S'il est inconfortable, elle devra revenir pour qu'il soit ajusté et pour s'assurer qu'elle arrive à l'insérer et à le retirer correctement.

**5. Si une femme utilise le diaphragme sans spermicides, est-ce que cela préviendra quand même la grossesse ?**

On ne dispose pas de preuves suffisantes pour en être certain. Quelques études ont indiqué des taux de grossesse plus élevés chez des utilisatrices du diaphragme n'employant pas de spermicides. Aussi, ne recommande-t-on pas d'utiliser un diaphragme sans spermicides.

### 6. Une femme peut-elle laisser le diaphragme en place toute la journée ?

Oui, bien qu'en général on ne recommande pas de le faire. Une femme laissera le diaphragme en place toute la journée si elle ne peut pas l'insérer juste avant d'avoir des relations sexuelles. Par contre, elle doit éviter de laisser le diaphragme en place pendant plus de 24 heures. En effet, cela augmente les risques du syndrome de choc toxique.

### 7. Une femme peut-elle utiliser des lubrifiants avec un diaphragme ?

Oui mais uniquement des lubrifiants aqueux ou à base de silicone si le diaphragme est fait en latex. Les produits à base d'huile peuvent endommager le latex. Une femme ne doit pas utiliser des produits comme la vaseline, l'huile minérale, des lotions pour mains, de l'huile végétale, du beurre, de la margarine et du beurre de cacao. Par contre, les lubrifiants à base d'huile n'endommagent pas un diaphragme en plastique. En règle générale, les spermicides apportent suffisamment de lubrification pour les utilisatrices du diaphragme.

### 8. Est-ce que les méthodes vaginales protègent contre les maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH ?

La recherche montre que le diaphragme peut conférer une certaine protection contre les infections du col telles que la gonorrhée et l'infection à chlamydia. Certaines études ont également montré que le diaphragme pouvait protéger contre les inflammations pelviennes et la trichomonase. Des études sont en cours pour évaluer la protection contre le VIH. Actuellement, seuls les préservatifs masculins et féminins sont recommandés pour se protéger contre le VIH et d'autres IST.

### 9. Qu'est l'éponge vaginale et quelle est son efficacité ?

L'éponge vaginale est faite en plastique et elle contient des spermicides. Elle est humidifiée avec de l'eau et insérée dans le vagin de sorte à être bien calée contre le col. Chaque éponge ne peut être utilisée qu'une seule fois. Elle n'est pas disponible partout.

*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* Le risque de grossesse est le plus élevé lorsqu'une femme n'utilise pas l'éponge lors de chaque rapport sexuel.

Pour les femmes qui ont déjà accouché :

- Une des méthodes les moins efficaces, telle qu'elle est utilisée couramment
- Telle qu'elle est utilisée couramment, environ 32 grossesses pour 100 femmes utilisant l'éponge pendant la première année.
- Si elle est utilisée couramment lors de chaque rapport sexuel, environ 20 grossesses pour 100 femmes pendant la première année.

Plus efficace pour les femmes qui n'ont pas encore accouché :

- Telle qu'elle est utilisée couramment, environ 16 grossesses pour 100 femmes utilisant l'éponge pendant la première année.
- Si elle est utilisée correctement lors de chaque rapport sexuel, environ 9 grossesses pour 100 femmes pendant la première année.




CHAPITRE 16

# Capes cervicales

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

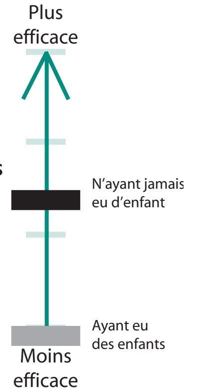
- **La cape cervicale est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels.** Elle épouse le col.
- **Doit être utilisée correctement lors de chaque rapport sexuel pour un maximum d'efficacité.**
- **Doit être utilisée de pair avec les spermicides pour améliorer l'efficacité**

## Qu'est la cape cervicale ?

- Une coupole en latex ou en silicone souple et profonde, qui épouse le col.
- De taille différente ; doit être ajustée par un prestataire formé spécifiquement.
- La cape cervicale empêche le sperme de pénétrer dans le col ; les spermicides tuent ou annihilent les spermatozoïdes. Les deux empêchent les spermatozoïdes d'atteindre l'ovule.

## Quelle est son efficacité ?

*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* le risque de grossesse est le plus élevé lorsque la cape cervicale avec spermicide n'est pas utilisée lors de chaque rapport sexuel.




Femmes qui ont accouchées :

- L'une de méthodes les moins efficaces telle qu'utilisée couramment.
- Telle qu'utilisée couramment, environ 32 grossesses pour 100 femmes utilisant la cape cervicale avec des spermicides pendant la première année. Cela signifie que 68 femmes sur 100 utilisant la cape cervicale ne tomberont pas enceintes.
- Si elle est utilisée correctement lors de chaque rapport sexuel, environ 20 grossesses pour 100 femmes utilisant la cape cervicale pendant la première année.

Plus efficace chez les femmes qui n'ont pas encore accouché :

- Telle qu'utilisée couramment, environ 16 grossesses pour 100 femmes utilisant la cape cervicale avec les spermicides pendant la première année. Cela signifie que 84 femmes sur 100 utilisant la cape cervicale ne tomberont pas enceintes.
- Si elle est utilisée correctement lors de chaque rapport sexuel, environ 9 grossesses pour 100 femmes utilisant la cape cervicale pendant la première a

*Retour de la fécondité après avoir arrêté l'utilisation de la cape cervicale :* aucun retard

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles :* aucune

## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

Les mêmes que pour les diaphragmes (voir Diaphragmes, Effets secondaires, Avantages pour santé et risques pour la santé, p. 226).

### Critères de recevabilité médicale pour les

# Capes cervicales

*Poser à la cliente les questions suivantes de recevabilité médicale pour les diaphragmes (voir p. 227).* Lui poser également la question sur les affections médicales connues. Les examens et tests ne sont pas nécessaires. Si elle répond "non" à toutes les questions ici et à celles pour le diaphragme, alors elle peut commencer à utiliser la cape cervicale si elle le souhaite. Si elle répond "oui" à une question, suivre les instructions. Dans certains cas, elle peut quand même commencer à utiliser la cape cervicale.

1. **Avez-vous déjà été traitée ou est-ce que vous allez être traitée pour un précancer cervical (néoplasie intraépithéliale cervicale [CIN]) ou un cancer du col ?**

❑ NON ❑ **OUI** Ne pas donner la cape cervicale.

---

Pour des classifications complètes, voir les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 324). Expliquer les avantages et les risques pour la santé ainsi que les effets secondaires de la méthode que la cliente utilisera. Indiquer également les infections médicales qui feraient que la méthode n'est pas recommandée pour la cliente.

# Fourniture de la cape cervicale



La fourniture de la cape cervicale est analogue à la fourniture du diaphragme (voir p. 229) et au soutien pour l'utilisatrice du diaphragme (voir p. 232). Voici les différences:

## Insérer

- Remplir un tiers de la cape avec une crème, une mousse ou une gelée spermicide.
- Presser le rebord de la cape autour du col jusqu'à ce que celui-ci soit entièrement recouvert, en pressant légèrement sur le dôme pour appliquer une succion et sceller ainsi la cape.
- Insérer la cape cervicale à n'importe quel moment, un maximum de 42 heures avant les rapports sexuels.

## Retrait

- Laisser la cape cervicale en place pendant au moins 6 heures après la dernière éjaculation du partenaire mais pas plus de 48 heures à compter du moment où elle a été insérée.
- Le fait de laisser la cape en place pendant plus de 48 heures peut faire augmenter le risque de syndrome de choc toxique. Cela risque de dégager une mauvaise odeur et de provoquer des pertes vaginales.
- Faire pression sur le rebord de la cape jusqu'à ce qu'elle se détache du col et faire basculer la cape pour la faire sortir du vagin.

CHAPITRE 17

# Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Les méthodes de connaissance de la fécondité demandent la coopération du partenaire.** Les couples doivent être déterminés à s'abstenir de relation sexuelles ou à utiliser une autre méthode lors des jours féconds.
- **La femme doit se maintenir au courant des changements dans son corps ou doit suivre les jours, selon le mode d'emploi de la méthode spécifique.**
- **Pas d'effets secondaires ni de risques pour la santé.**

## Quelles sont les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ?

- "Connaissance de la fécondité" signifie qu'une femme sait quand commence et quand se termine la période féconde de son cycle menstruel. (Période féconde est celle pendant laquelle elle peut tomber enceinte).
- Parfois appelée abstinence périodique ou planification familiale naturelle.
- Une femme peut utiliser plusieurs moyens, soit tout seul ou en combinaison, pour déterminer quand commence et se termine sa période féconde.
- *Pour les méthodes basées sur le calendrier*, elle doit suivre les jours de son cycle menstruel pour déterminer le début et la fin de la période féconde.
  - Exemples : Méthodes des Jours Fixes et la méthode du calendrier (rythme).
- *Pour les méthodes basées sur les symptômes,* elle doit observer les signes de fécondité.
  - Sécrétions cervicales : quand une femme voit ou sent des sécrétions cervicales, elle pourrait être féconde. Elle peut également sentir une légère humidité vaginale.
  - Température basale du corps (TBC) : la température du corps d'une femme au repos grimpe légèrement après la libération d'un ovocyte (ovulation). C'est le moment pendant lequel elle peut tomber enceinte. Sa température reste plus élevée jusqu'au début des prochains saignements mensuels.
  - Exemples : Méthode des Deux Jours, méthode TBC, méthode de l'ovulation (également appelée méthode Billings ou méthode des glaires cervicales), et méthode symptothermique.

- Fonctionne essentiellement en aidant une femme à savoir quand elle peut tomber enceinte. Le couple évite la grossesse en évitant les rapports sexuels vaginaux non protégés lors de ses jours féconds, généralement en s'abstenant de relations sexuelles ou en utilisant des préservatifs ou un diaphragme. Certains couples utilisent des spermicides ou recourent au retrait mais ce sont parmi les méthodes les moins efficaces.

## Quelle est son efficacité ?

Plus efficace

Moins efficace

*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* le risque de grossesse est plus élevé lorsque les couples ont des rapports sexuels les jours féconds, sans utiliser une autre méthode.

- Telle qu'elle est utilisée couramment, on note environ 25 grossesses pendant la première année pour 100 femmes pratiquant l'abstinence périodique. (On ne sait pas comment ces femmes déterminent leur période féconde. Les taux de grossesse pour la plupart des méthodes spécifiques de connaissance de la fécondité, telles qu'elles sont utilisées couramment, ne sont pas disponibles). Cela signifie que 75 femmes sur 100 pratiquant l'abstinence périodique ne tomberont pas enceintes. Certaines des méthodes plus nouvelles de la connaissance de la fécondité sont probablement plus faciles à utiliser et, partant, plus efficaces (voir Question 3, p. 254).
- Les taux de grossesse, en cas d'utilisation régulière et correcte, varient selon les différents types de méthodes basées sur la connaissance de la fécondité (voir tableau ci-après).
- En général, il est plus efficace de s'abstenir lors des périodes fécondes que d'utiliser une autre méthode lors de ces périodes.

### Taux de grossesse avec utilisation régulière et correcte et abstinence lors des jours féconds

| Méthode | Grossesses pour 100 femmes pendant la première année |
|---|---|
| **Méthodes du calendrier** | |
| Méthode des Jours Fixes | 5 |
| Méthode du rythme | 9 |
| **Méthodes basées sur les symptômes** | |
| Méthode des Deux Jours | 4 |
| Méthode de la température basale du corps (TBC) | 1 |
| Méthode de l'ovulation | 3 |
| Méthode symptothermique | 2 |

*Retour de la fécondité une fois que sont arrêtées les méthodes de connaissance de la fécondité:* retour immédiat

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

# Effets secondaires, avantages pour la santé, et risques pour la santé

## *Effets secondaires*

Aucun

### *Avantages connus pour la santé*

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse

### *Risques connus pour la santé*

Aucun

## Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

- N'ont pas d'effets secondaires
- Ne demandent pas d'intervention médicale et généralement point besoin de s'approvisionner en produits
- Aident les femmes à mieux connaître leur corps et leur fécondité
- Permettent à certains couples de respecter leurs normes religieuses ou culturelles à propos de la contraception
- Peuvent être utilisées pour déterminer les jours féconds, tant pour les femmes qui souhaitent tomber enceinte que pour celles qui souhaitent éviter une grossesse

## *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et Réponses, p. 253)

Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité :

- Peuvent être très efficaces si elles sont utilisées régulièrement et correctement.
- Ne demandent pas que la personne sache lire ou écrire ou qu'elle soit instruite.
- Ne nuisent pas aux hommes qui peuvent s'abstenir des relations sexuelles.
- Ne fonctionnent pas si un couple ne sait pas déterminer le moment de la pé.



## Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité pour les femmes séropositives – VIH

- Les femmes qui sont infectées par le VIH, qui ont le sida ou qui suivent un traitement antirétroviral (ARV) peuvent utiliser sans risques les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité.
- Recommander vivement à ces femmes d'utiliser des préservatifs conjointement avec les méthodes de connaissance de la fécondité. S'ils sont utilisés régulièrement et correctement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et autres IST. Les préservatifs confèrent également une protection contraceptive supplémentaire pour les femmes qui suivent un traitement à base d'ARV.

# Qui peut utiliser les méthodes basées sur le calendrier ?

### Critère de recevabilité médicale pour

## Les méthodes basées sur le calendrier

*Toutes les femmes peuvent utiliser les méthodes basées sur le calendrier.* Aucun problème médical n'empêche l'utilisation de ces méthodes mais certaines affections font qu'elles sont d'un emploi plus difficile.

*Précaution* signifie que des conseils supplémentaires ou spéciaux s'avèreront peut-être nécessaires pour garantir l'utilisation correcte de la méthode.

*Remettre à plus tard* signifie qu'il faut attendre avant d'utiliser une méthode basée sur la connaissance de la fécondité jusqu'à ce que le problème soit évalué ou corrigé. On remettra à la cliente une autre méthode qu'elle pourra utiliser jusqu'à ce qu'elle puisse commencer la méthode basée sur le calendrier.

---

Dans les situations suivantes, prendre certaines *précautions* en ce qui concerne les méthodes basées sur le calendrier :

- Les cycles menstruels viennent juste de commencer ou alors deviennent moins fréquents ou ont cessé suite à l'âge (les irrégularités du cycle menstruel sont courantes chez les jeunes femmes pendant les premières années après leurs premières règles ou chez les femmes plus âgées qui se rapprochent de la ménopause. Il est probablement plus difficile de déterminer la période féconde.)

---

Dans les situations suivantes, *remettre à plus tard* l'utilisation des méthodes basées sur le calendrier :

- A accouché récemment ou est en train d'allaiter (*remettre à plus tard* jusqu'à ce qu'elle ait eu au moins 3 cycles menstruels et que ses cycles soient à nouveau réguliers. A utiliser avec *précaution* pendant plusieurs mois après le retour des cycles réguliers).
- A eu récemment un avortement ou une fausse couche (*remettre à plus tard* jusqu'au retour de la prochaine menstruation).
- Saignements vaginaux irréguliers.

---

Dans les situations suivantes, *remettre à plus tard* ou *prendre certaines précautions* concernant les méthodes basées sur le calendrier :

- Prend certains médicaments tels que des anxiolytiques (sauf la benzodiazépine), des antidépresseurs (inhibiteur du recaptage de la sérotonine, tricycliques ou tétracycliques), utilise depuis longtemps certains antibiotiques ou un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (tels que l'aspirine, l'ibuprofène ou le paracétamol). Ces médicaments peuvent retarder l'ovulation.



# Fourniture des méthodes du calendrier

## Quand commencer

Après la formation, une femme ou un couple peut commencer généralement à utiliser à n'importe quel moment les méthodes du calendrier. Donner aux clientes qui ne peuvent pas démarrer immédiatement une autre méthode qu'elles peuvent utiliser jusqu'au moment où elles pourront démarrer la méthode.

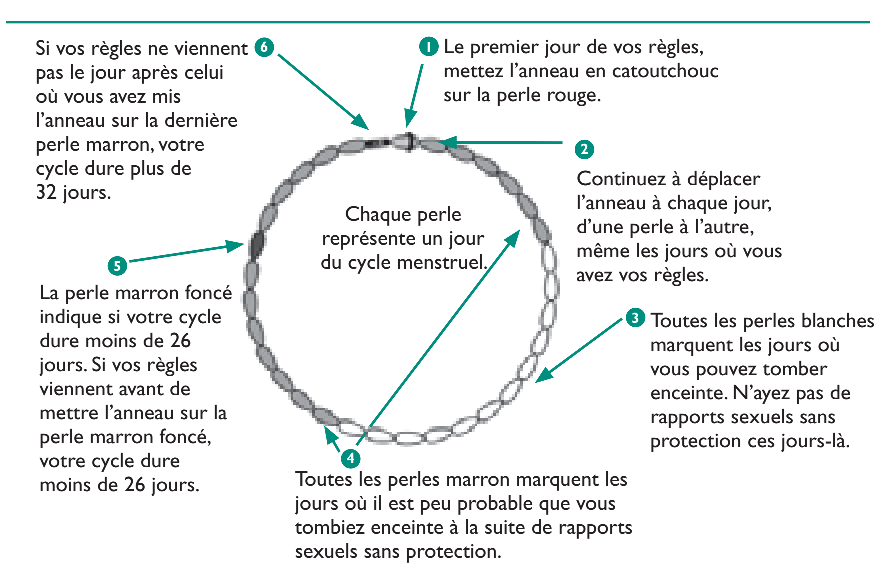
| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A des cycles menstruels réguliers** | **A n'importe quel moment du mois**<br>• Pas la peine d'attendre jusqu'à la prochaine menstruation. |
| **Pas de saignements menstruels** | • Remettre à plus tard les méthodes du calendrier jusqu'à ce que reviennent les saignements menstruels. |
| **Après l'accouchement** (qu'elle allaite ou non) | • Remettre à plus tard la Méthode des Jours Fixes jusqu'à ce qu'elle ait eu 3 cycles menstruels et que le dernier a duré de 26 à 32 jours.<br>• Les cycles réguliers reviendront plus tard chez les femmes qui allaitent que chez celles qui n'allaitent pas. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | • Remettre à plus tard la Méthode des Jours Fixes jusqu'à la prochaine menstruation, moment où elle pourra commencer si elle n'a pas de saignements dus à une blessure de la voie génitale . |
| **A utilisé auparavant une méthode hormonale** | • Remettre à plus tard la Méthode des Jours Fixes jusqu'à ce qu'elle ait sa prochaine menstruation.<br>• Si elle utilisait des injectables, remettre à plus tard la Méthode des Jours Fixes au moins jusqu'au moment où elle aurait reçu sa prochaine injection et ensuite lui dire de commencer quand elle aura ses prochaines règles. |
| **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence** | • Remettre à plus tard la Méthode des Jours Fixes jusqu'au début de sa prochaine menstruation. |

# Expliquer comment utiliser les méthodes du calendrier

## *Méthode des Jours Fixes*

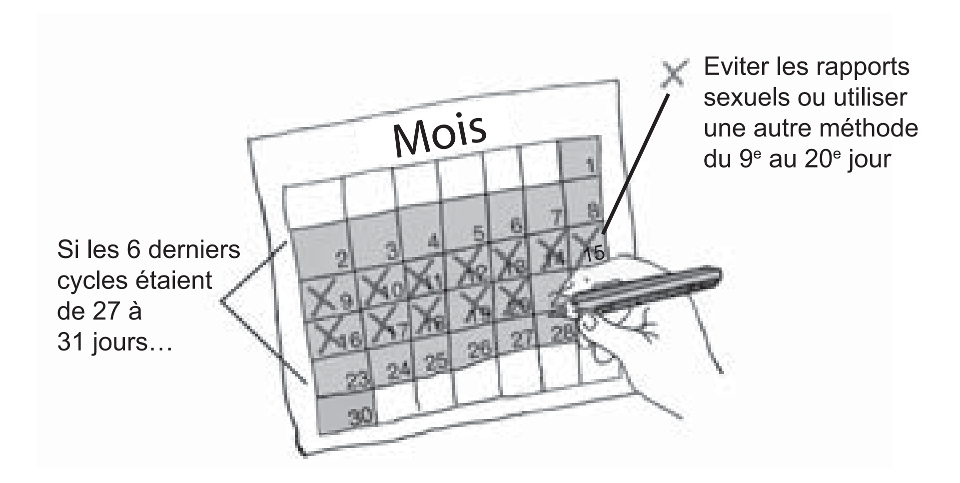
**IMPORTANT :** Une femme peut utiliser la Méthode des Jours Fixes si la plupart de ses cycles menstruels durent de 26 à 32 jours. Si elle a plus de 2 cycles plus longs ou plus courts en l'espace d'une année, la Méthode des Jours Fixes sera moins efficace et on lui conseille de choisir une autre méthode.

| | |
|---|---|
| **Suivre les jours du cycle menstruel** | • Une femme peut suivre les jours de son cycle menstruel, en comptant comme jour 1 le premier jour des règles. |
| **Eviter les rapports sexuels non protégés du 8e au 19e jour** | • La période allant du 8e au 19e jour de chaque cycle est celle des jours féconds pour toutes les utilisatrices de la Méthode des Jours Fixes.<br>• Le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise des préservatifs ou un diaphragme du 8e au 19e jour. Il peut également utiliser le retrait ou les spermicides mais ces méthodes sont moins efficaces.<br>• Le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés lors de tous les autres jours du cycle – du 1er au 7e jour au début du cycle et à partir du 20e jour jusqu'aux prochaines règles. |
| **Utiliser des aide-mémoire si nécessaire** | • Le couple peut utiliser le Collier du cycle dont les perles de couleurs différentes indiquent les jours féconds et non féconds d'un cycle, ou alors il peut marquer les jours sur un calendrier ou utiliser une autre forme d'aide-mémoire. |



## *Méthode du rythme*

| | |
|---|---|
| **Suivre les jours du cycle menstruel** | • Avant d'utiliser cette méthode, une femme note le nombre des jours de chaque cycle menstruel pendant 6 mois au moins. Le premier jour des règles est toujours compté comme le 1er jour. |
| **Estimer la période féconde** | • La femme soustrait 18 de la longueur de son cycle noté comme le plus court. Cela lui indique le premier jour estimé de sa période féconde. Ensuite, elle soustrait 11 jours de la longueur de son cycle noté comme le plus long. Cela lui indique le dernier jour estimé de sa période féconde. |
| **Eviter les rapports sexuels non protégés pendant la période féconde** | • Le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise des préservatifs ou un diaphragme pendant la période féconde. Il peut également utiliser le retrait ou les spermicides mais ce sont des méthodes moins efficaces. |
| **Mettre à jour mensuellement les calculs** | • Elle met à jour ses calculs chaque mois en utilisant toujours les 6 cycles les plus récents.<br>Exemple :<br>– Si le plus court de ses derniers 6 cycles était de 27 jours, 27 – 18 = 9. Elle commence à éviter les rapports sexuels non protégés le 9e jour.<br>– Si le plus long de ses derniers 6 cycles était de 31 jours, 31 – 11 = 20. Elle peut avoir à nouveau des rapports sexuels non protégés le 21e jour.<br>– Là aussi, elle doit éviter les rapports sexuels non protégés à partir du 9e jour jusqu'au 20e jour compris de son cycle. |




17

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

# Qui peut utiliser les méthodes basées sur les symptômes

### Critères de recevabilité médicale

## Pour les Méthodes basées sur les symptômes

*Toutes les femmes peuvent utiliser les méthodes basées sur les symptômes.* Aucune pathologie n'empêche l'utilisation de ces méthodes bien que certaines affections puissent rendre leur emploi plus difficile.

*Précaution* signifie qu'il faudra peut-être des conseils supplémentaires ou spéciaux pour vérifier l'utilisation correcte de la méthode.

*Remettre à plus tard* signifie que l'emploi d'une méthode spécifique de connaissance de la fécondité devra être retardée jusqu'à ce que l'affection soit évaluée ou corrigée. Donner à la cliente une autre méthode qu'elle pourra utiliser jusqu'au moment où elle peut démarrer la méthode basée sur les symptômes.

Dans les situations suivantes, utiliser *avec précaution* les méthodes basées sur les symptômes :

- A eu récemment un avortement ou une fausse couche.
- Les cycles menstruels viennent juste de commencer ou deviennent moins fréquents ou se sont arrêtés suite à l'âge (les irrégularités du cycle menstruel sont choses courantes chez les jeunes femmes lors des premières années après leurs premières règles et chez les femmes plus âgées qui s'approchent de la ménopause. Il n'est pas toujours facile dans ces cas-là de déterminer la période féconde).
- Une condition chronique qui pousse à la hausse la température du corps (pour les méthodes de température basale et les méthodes symptothermiques.)

Dans les situations suivantes, *remettre à plus tard* l'utilisation des méthodes basées sur les symptômes :

- A accouché récemment ou est en train d'allaiter (remettre à plus tard jusqu'à ce que les sécrétions normales reprennent – généralement 6 mois au moins après l'accouchement pour les femmes qui allaitent et 4 semaines au moins après l'accouchement pour les femmes qui n'allaitent pas. Pendant plusieurs mois après le retour des cycles réguliers, utiliser avec *précaution*).
- Une affection grave qui fait hausser la température du corps (pour les méthodes de la température basale du corps et les méthodes symptothermiques).
- Saignements vaginaux irréguliers.
- Pertes vaginales anormales.

Dans les situations suivantes, *remettre à plus tard* ou utiliser avec *précaution* les méthodes basées sur les symptômes :

- Prend certains médicaments tels que des anxiolytiques (sauf la benzodiazépine), des antidépresseurs (inhibiteur du recaptage de la sérotonine, tricycliques ou tétracycliques) ou des médicaments psychotropes (chlorpromazine, thioridazine, halopéridol, risperdone, clozapine, ou lithium) ou encore utilise depuis longtemps certains antibiotiques ou un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (tels que l'aspirine, l'ibuprofène ou le paracétamol). Ces médicaments peuvent retarder l'ovulation.

# Fourniture des méthodes basées sur les symptômes

## Quand commencer

Une fois renseignée, une femme ou un couple peut généralement commencer à utiliser à n'importe quel moment les méthodes basées sur les symptômes. Les femmes qui n'utilisent pas de méthodes hormonales peuvent s'exercer à suivre leurs signes de fécondité avant de commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes. Donner aux clientes qui ne peuvent pas commencer immédiatement une autre méthode qu'elles emploieront jusqu'au moment où elles pourront démarrer la méthode qu'elles ont choisie.

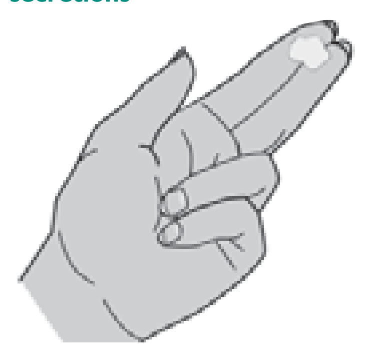
| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **A des cycles mensuels réguliers** | **A n'importe quel moment du mois**<br>• Pas la peine d'attendre jusqu'au début des prochaines règles. |
| **Pas de saignements menstruels** | • Remettre à plus tard l'emploi des méthodes basées sur les symptômes jusqu'à ce que reviennent les saignements menstruels. |
| **Après l'accouchement** (qu'elle allaite ou non) | • Elle peut commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes une fois que les sécrétions normales sont revenues.<br>• Les sécrétions normales reviendront plus tard chez les femmes qui allaitent que chez celles qui n'allaitent pas. |
| **Après une fausse couche ou un avortement** | • Elle peut démarrer immédiatement les méthodes basées sur les symptômes si elle reçoit des conseils et un soutien particulier, si elle n'a pas de sécrétions dues à une infection ou de saignements suites à un traumatisme de la voie génitale. |
| **A utilisé auparavant une méthode hormonale** | • Elle peut démarrer les méthodes basées sur les symptômes lors du prochain cycle menstruel après avoir arrêté une méthode hormonale. |
| **Après avoir pris la pilule contraceptive d'urgence** | • Elle peut commencer à utiliser les méthodes basées sur les symptômes une fois que sont revenues les sécrétions normales. |

# Expliquer comment utiliser les méthodes basées sur les symptômes

## *Méthode des Deux Jours*

**IMPORTANT:** Si la femme a une infection vaginale ou autre affection qui change la glaire cervicale, la Méthode des Deux Jours sera difficile à utiliser.

**Vérifier les sécrétions**



- La femme vérifie la présence de sécrétions cervicales chaque après-midi et chaque soir, sur les doigts, les sous-vêtements ou sur du papier toilette ou encore en notant des sensations dans le vagin et autour.
- Dès qu'elle note des sécrétions, quels que soit le type, la couleur ou la consistance , elle doit juger qu'elle est féconde ce jour-là et le jour suivant.

**Eviter les rapports sexuels ou utiliser une autre méthode lors des jours féconds**

- Le couple évite les rapports sexuels par voie vaginale ou utilise des préservatifs ou un diaphragme chaque jour où des sécrétions sont notées et chaque jour suivant le jour avec des sécrétions. Il peut également utiliser le retrait ou les spermicides mais ce sont des méthodes moins efficaces.

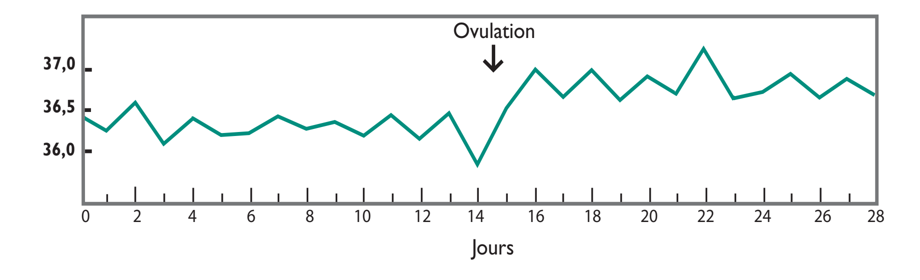
**Reprendre les rapports sexuels protégés après 2 jours secs**

- Le couple peut à nouveau avoir des rapports sexuels non protégés après que la femme ait noté deux jours secs consécutifs (jours sans sécrétions, quel que soit le type).

## *Méthode de la température basale du corps (TBC)*

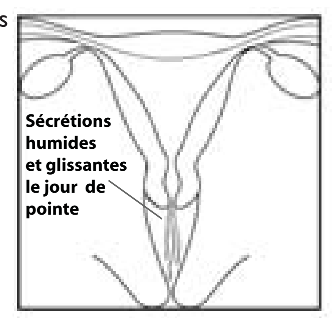
**IMPORTANT :** si une femme a de la fièvre ou d'autres changements dans la température basale, la méthode TBC sera plus difficile à utiliser.

| | |
|---|---|
| **Prendre tous les jours la température du corps** | • La femme prend sa température à la même heure chaque matin avant de se lever et avant de manger quelque chose. Elle note sa température sur un diagramme spécial.<br>• Elle observe sa température qui monte légèrement 0,2° à 0,5° C (0,4° à 1,0° F) – juste après l'ovulation (généralement vers le milieu du cycle menstruel). |
| **Eviter les rapports sexuels ou utiliser une autre méthode jusqu'à 3 jours après que la température a monté** | • Le couple évite les rapports sexuels par voie vaginale ou utilise des préservatifs ou un diaphragme du 1er jour des saignements mensuels jusqu'à 3 jours après que la température de la femme s'élève au-dessus de sa température régulière. Le couple peut également utiliser le retrait ou les spermicides mais ce sont des méthodes moins efficaces. |
| **Reprendre les rapports sexuels non protégés jusqu'à ce que commencent les prochains saignements menstruels** | • Lorsque la température de la femme a monté, s'élevant au-dessus de sa température normale et est restée plus élevée pendant 3 jours, l'ovulation est survenue et la période féconde est passée.<br>• Le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés dès le 4e jour et jusqu'à ce que commencent les prochains saignements menstruels. |



## *Méthode de l'ovulation*

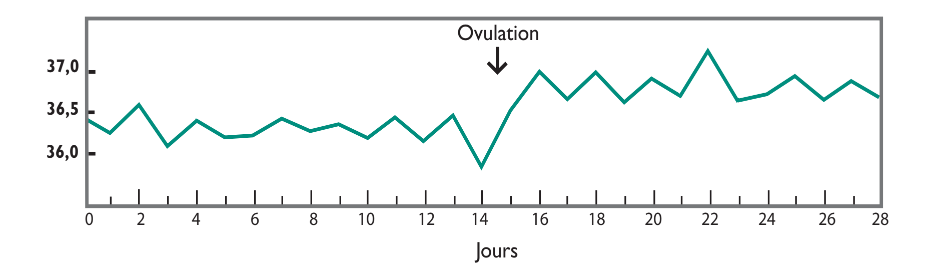
**IMPORTANT :** Si une femme a une infection vaginale ou autre affection qui change la glaire cervicale, cette méthode risque d'être plus difficile à utiliser.

| | |
|---|---|
| **Vérifier tous les jours les sécrétions cervicales** | • La femme vérifie la présence de sécrétions cervicales chaque après-midi et chaque soir, sur les doigts, les sous-vêtements ou du papier toilette ou encore en notant des sensations dans le vagin et autour. |
| **Eviter les rapports sexuels non protégés les jours de saignements menstruels abondants** | • L'ovulation peut survenir au début du cycle, lors des derniers jours des saignements menstruels et un saignement abondant fait qu'il est plus difficile d'observer la glaire. |
| **Reprendre les rapports sexuels non protégés jusqu'à ce que commencent les sécrétions** | • Entre la fin des saignements menstruels et le début des sécrétions, le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés mais pas 2 jours de suite. (Eviter les rapports sexuels le second jour laisse le temps nécessaire pour que disparaisse le sperme et pour observer la glaire cervicale.)<br>• On recommande d'avoir des rapports sexuels le soir, après que la femme ait été en position debout pendant au moins quelques heures et a pu vérifier la glaire cervicale. |
| **Eviter les rapports sexuels non protégés lorsque commencent les sécrétions et jusqu'à 4 jours après "le jour de pointe "** | • Tan pronto como la mujer note alguna secreción, Dès qu'elle remarque des sécrétions, elle doit se juger féconde et éviter les rapports sexuels non protégés.<br>• Elle continue à vérifier chaque jour ses sécrétions cervicales. Les sécrétions ont un jour pic – le dernier jour elles sont transparentes, glissantes, étirables et humides. Elle saura qu'elles se sont terminées si le lendemain, ses sécrétions sont gluantes ou sèches ou si elle n'a pas de sécrétions du tout. Elle continue à juger qu'elle est féconde pendant 3 jours après ce jour pic et doit donc éviter les rapports sexuels non protégés.<br> |
| **Reprendre les rapports sexuels non protégés** | • Le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés le 4e jour après son jour de pointe et jusqu'à ce que commencent les prochains saignements menstruels. |

## *Méthode symptothermique (température basale du corps + sécrétions cervicales + autres signes de fécondité)*

**Eviter les rapports sexuels non protégés les jours féconds**

- Les utilisatrices identifient les jours féconds et non féconds en combinant les instructions de la TBC et de la méthode de l'ovulation.
- Les femmes peuvent également identifier la période féconde en observant d'autres signes tels que les seins sensibles et les douleurs ovulatoires (douleurs au bas ventre ou crampes au moment de l'ovulation).
- Le couple évite les rapports sexuels non protégés entre le premier jour des règles et soit jusqu'à 4 jours après jour de pointe des sécrétions cervicales, soit 3 jours après la hausse de la température, des deux on prend celui qui survient le plus tard.
- Certaines femmes qui utilisent cette méthode ont des rapports sexuels non protégés entre la fin des règles et le début des sécrétions mais pas pendant deux jours de suite.







17

Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

## Soutenir l'utilisatrice

### *"Revenez à n'importe quel moment" : raisons de revenir*

Il n'est pas nécessaire de faire une visite routinière de suivi. Les prestataires doivent pourtant vivement encourager une femme ou un couple à venir à quelques reprises pendant les premiers cycles s'ils ont besoin d'assistance. Chaque cliente doit être bien reçue lorsqu'elle revient, à n'importe quel moment – par exemple, si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite une autre méthode ou encore si son état de santé a changé ou si elle pense être enceinte. Elle reviendra également si :

- Elle a du mal à déterminer les jours pendant lesquels elle est féconde.
- Si elle a des difficultés à éviter les rapports sexuels ou à utiliser une autre méthode lors des jours féconds. Par exemple, si son partenaire ne veut pas coopérer.

# Aider les utilisatrices continues

## Aider les clientes à n'importe quelle visite

1. Demander aux clientes s'il leur est facile d'utiliser la méthode et si elles sont satisfaites. Leur demander si elles ont des questions ou si elles souhaitent discuter de tel ou tel aspect.
2. Demander tout particulièrement si elles ont du mal à déterminer leurs jours féconds ou des difficultés à éviter les rapports sexuels non protégés lors des jours féconds.
3. Vérifier si le couple utilise correctement la méthode. Revoir les observations ou notations des signes de fécondité. Planifier une autre visite si c'est nécessaire.
4. Demander à une cliente qui utilise la méthode depuis un certain temps si elle a noté de nouveaux problèmes de santé depuis sa dernière visite. Traiter les problèmes, si nécessaire.
5. Demander à une cliente qui utilise la méthode depuis un certain temps si des changements importants sont survenus dans sa vie qui pourraient influencer ses besoins, surtout si elle a l'intention d'avoir des enfants ou si elle est exposée au risque de contracter des IST/VIH. Un suivi pourra être nécessaire.

## Prise en charge des problèmes

### *Problèmes au niveau de l'utilisation*

- Les problèmes liés aux méthodes de connaissance de la fécondité influencent la satisfaction de la femme et l'emploi de la méthode. Elles exigent l'attention du prestataire. Si la cliente signale un problème, écouter ses préoccupations et lui donner des conseils.

- Offrir à la cliente de l'aider à choisir une autre méthode, à présent si elle le souhaite ou si elle ne peut pas surmonter les problèmes.

**Incapacité à s'abstenir des relations sexuelles pendant la période féconde**

- Discuter ouvertement du problème avec le couple et le mettre à l'aise pour qu'il ne soit pas gêné d'en parler.

- Discuter de l'utilisation possible des préservatifs, du diaphragme, du retrait ou des spermicides ou du contact sexuel sans rapports vaginaux pendant la période féconde.
- Si elle a eu des rapports sexuels non protégés les 5 derniers jours, elle peut envisager de prendre la PCU (voir Pilule contraceptive d'urgence, p. 45).

### *Méthodes basées sur le calendrier*

**Les cycles sont en-dehors de la fourchette des 26 à 32 jours pour la Méthode des Jours Fixes**

- Si elle a 2 cycles ou plus qui se situent à l'extérieur de la fourchette des 26 à 32 jours pendant les 12 mois qui ont précédé, lui proposer d'utiliser la méthode du calendrier (rythme) ou une méthode basée sur les symptômes.

**Des cycles menstruels très irréguliers chez les utilisatrices des méthodes du calendrier**

- Lui proposer d'utiliser une méthode basée sur les symptômes.

### *Méthodes basées sur les symptômes*

**Difficultés à reconnaître les différents types de sécrétions pour la méthode de l'ovulation**

- Donner des conseils à la cliente et l'aider à apprendre comment elle doit interpréter les sécrétions cervicales.
- Lui proposer d'utiliser la Méthode des Deux Jours qui n'exige pas que l'utilisatrice fasse la différence entre les différents types de sécrétions.

**Difficultés à reconnaître la présence de sécrétions pour la méthode de l'ovulation ou la Méthode des Deux Jours**

- Lui donner des directives supplémentaires sur la manière de reconnaître les sécrétions.
- Lui proposer d'utiliser à la place une méthode basée sur le calendrier.

## Questions et réponses sur les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

**1. Est-ce que ce sont seulement les couples instruits qui peuvent utiliser les méthodes de connaissance de la fécondité ?**

Non. Les couples, même faiblement scolarisés ou pas scolarisés du tout, peuvent utiliser efficacement les méthodes de connaissance de la fécondité. Les couples doivent être motivés, bien renseignés sur l'utilisation de la méthode et être disposés à éviter les rapports sexuels non protégés pendant la période féconde.

**2. Est-ce que les méthodes de connaissance de la fécondité sont fiables ?**

Pour de nombreux couples, ces méthodes permettent de déterminer les jours féconds. Si le couple évite les rapports sexuels par voie vaginale ou utilise des préservatifs ou un diaphragme, lors de la période féconde de la femme, les méthodes de connaissance de la fécondité peuvent être très efficaces. Il est moins efficace d'avoir recours au retrait ou d'utiliser des spermicides pendant la période féconde.

**3. Y a-t-il quelque chose de nouveau dans les méthodes plus récentes de la connaissance de la fécondité, la Méthode des Jours Fixes et la Méthode des Deux Jours ?**

Ces nouvelles méthodes de connaissance de la fécondité sont plus faciles à utiliser correctement que certaines des méthodes plus anciennes. Aussi, risquent-elles d'attirer un plus grand nombre de couples et d'être plus efficaces pour certaines personnes. Par ailleurs, elles sont comme les méthodes plus anciennes puisqu'elles dépendent des mêmes manières de juger quand une femme peut être féconde : en suivant les jours du cycle pour la Méthode des Jours Fixes et observant les sécrétions cervicales pour la Méthode des Deux Jours. Peu d'études ont été faites jusqu'à présent sur ces méthodes. D'après un essai clinique, 12 grossesses sont survenues chez 100 femmes pendant la première année d'utilisation de la Méthode des Jours Fixes par des femmes dont la plupart des cycles étaient de 26 à 32 jours. Dans le cadre d'un essai clinique de la Méthode des Deux Jours, on a noté 14 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation. Ce taux concerne celles qui sont restées dans l'étude. Ont été exclues les femmes qui ont noté des sécrétions pendant moins de 5 jours ou plus de 14 jours de chaque cycle.

**4. Quelles sont les probabilités qu'une femme tombe enceinte si elle a des rapports sexuels lors des saignements menstruels ?**

Lors des saignements menstruels, il n'y a que peu de risque de tomber enceinte bien que le risque ne soit pas inexistant. Les saignements en eux-mêmes n'empêchent pas la grossesse, pas plus d'ailleurs qu'ils ne la favorisent. Les risques de grossesse sont les plus faibles lors des premiers jours des saignements menstruels. Par exemple, le 2e jour du cycle (comptant le premier jour des saignements comme le jour 1), les risques de tomber enceinte sont très faibles (moins de 1%). Lors des jours qui suivent, les risques de tomber enceinte augmentent, qu'il y ait saignements ou non. Le risque de grossesse augmente jusqu'à l'ovulation. Le jour après l'ovulation, les risques de grossesse commencent à diminuer. Certaines méthodes de connaissance de la fécondité qui dépendent des sécrétions cervicales recommandent d'éviter les rapports sexuels non protégés pendant les saignements menstruels car l'on ne peut pas dépister les sécrétions cervicales pendant ces jours et qu'il existe également à ce moment-là un petit risque d'ovulation.

**5. Combien de journées d'abstinence ou d'emploi d'une autre méthode sont nécessaires pour chacune des méthodes basée sur la connaissance de la fécondité ?**

Le nombre de jours varie en fonction de la durée du cycle d'une femme. Voici le nombre moyen de jours pendant lesquels une femme est jugée féconde et devrait donc s'abstenir ou utiliser une autre méthode : Méthode des Jours Fixes, 12 ; Méthode des Deux Jours, 13 jours ; méthode symptothermique, 17 jours et méthode d'ovulation, 18 jours.




CHAPITRE 18

# Le retrait

## Points-clé pour les prestataires et les clients

- **Toujours disponible dans n'importe quelle situation.** Peut être utilisé comme méthode principale ou comme méthode d'appoint.
- **Point besoin de fournitures et pas besoin de se rendre au centre de santé.**
- **Une des méthodes contraceptives les moins efficaces.** Certains hommes l'utilisent pourtant efficacement. Confère une meilleure protection contre la grossesse que si l'on n'utilise aucune méthode du tout.
- **Encourage l'engagement de l'homme et la communication au sein du couple.**

## Qu'est le retrait ?

- L'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire et éjacule à l'extérieur du vagin et ainsi, le sperme ne rentre pas dans les parties génitales extérieures.
- Egalement appelé le coït interrompu ou « se retirer ».
- Agit en empêchant les spermatozoïdes de pénétrer dans le corps de la femme.

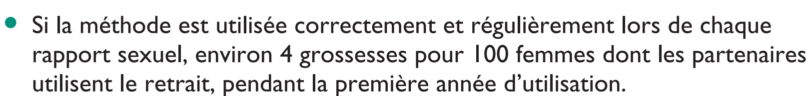





## Quelle est son efficacité ?

*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* Le risque de grossesse est le plus élevé quand l'homme ne retire pas son pénis du vagin avant d'éjaculer lors de chaque rapport sexuel.

- Une des méthodes les moins efficaces telle qu'elle est utilisée couramment.
- Telle qu'elle est utilisée couramment, environ 27 grossesses pour 100 femmes dont le partenaire utilise le retrait, pendant la première année. Cela signifie que 73 femmes sur 100 dont les partenaires utilisent le retrait ne tomberont pas enceintes.
- Si la méthode est utilisée correctement et régulièrement lors de chaque rapport sexuel, environ 4 grossesses pour 100 femmes dont les partenaires utilisent le retrait, pendant la première année d'utilisation.



*Retour de la fécondité après arrêt d'utilisation du retrait :* Aucun retard
*Protection contre les infections sexuellement transmissibles :* Aucune

## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

Aucun

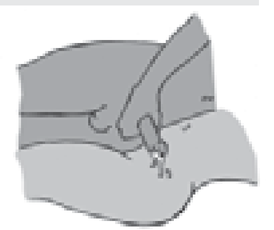
# Qui peut et qui ne peut pas utiliser le retrait

## Critères de recevabilité médicale pour le

# Retrait

*Tous les hommes peuvent utiliser le retrait.* Aucune pathologie ne vient en interdire l'utilisation.

# Utilisation du retrait



- Peut être utilisé à n'importe quel moment.

## Expliquer comment l'utiliser

| | |
|---|---|
| **Quand l'homme sent qu'il est sur le point d'éjaculer** | • Il doit retirer son pénis du vagin de la femme et éjaculer à l'extérieur du vagin, empêchant le sperme d'entrer en contact avec les parties génitales externes. |
| **Quand l'homme vient d'éjaculer** | • Avant les rapports sexuels, il doit uriner  et essuyer le bout du pénis pour retirer le sperme restant. |

### *Donner des conseils sur l'utilisation*

| | |
|---|---|
| **Apprendre à utiliser correctement cette méthode prend du temps** | • Proposer au couple d'utiliser également une autre méthode jusqu'à ce que l'homme sente qu'il est en mesure d'utiliser correctement le retrait lors de chaque rapport sexuel. |
| **Une meilleure protection contre la grossesse est possible** | • Proposer une autre méthode de planification familiale. (Les couples qui utilisent correctement cette méthode devront continuer à le faire. Il ne faut pas les en décourager). |
| **Certains hommes peuvent avoir du mal à utiliser le retrait** | • Les hommes qui ne peuvent pas toujours sentir si l'éjaculation est sur le point de survenir.<br>• Les hommes qui ont des éjaculations précoces. |
| **La pilule contraceptive d'urgence** (PCU) **est toujours disponible** | • Expliquer l'utilisation de la PCU dans le cas où l'homme éjacule avant d'avoir retiré son pénis (voir Pilule contraceptive d'urgence, page 45). Lui remettre des PCU si disponible. |

# Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Méthode de planification familiale basée sur l'allaitement maternel.** Confère une protection pour la mère et représente le meilleur aliment pour le bébé.
- **Peut être efficace jusqu'à 6 mois après l'accouchement,** tant que la mère n'a pas encore eu son retour de couches et qu'elle pratique l'allaitement complet ou quasi complet.
- **Demande qu'elle allaite souvent, nuit et jour.** Pratiquement toute l'alimentation du bébé devrait venir du lait maternel.
- **Offre à une femme une méthode continue qu'elle peut continuer à utiliser après 6 mois**

## Qu'est la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ?

- Méthode temporaire de planification familiale fondée sur l'effet naturel que comporte l'allaitement maternel sur la fécondité. (« Allaitement » signifie relié à la lactation. "Aménorrhée" signifie absence de saignements menstruels).
- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) repose sur 3 conditions. Les trois doivent être satisfaites :
  1. La mère n'a pas encore eu son retour de couches
  2. Le bébé bénéficie de l'allaitement complet ou presque complet, et est nourri souvent nuit et jour
  3. Le bébé a moins de 6 mois
- "Allaitement complet" signifie aussi bien allaitement exclusif (le bébé ne reçoit pas d'autre liquide ou aliment, pas même de l'eau en plus du lait maternel) qu'allaitement quasi exclusif (le bébé reçoit des vitamines, de l'eau, du jus ou d'autres nutriments de temps à autres, en plus du lait maternel).
- "Allaitement quasi complet" signifie que le bébé reçoit certains liquides ou certains aliments en plus du lait maternel mais l'essentiel de la nourriture (plus de trois quarts de tous les aliments) est composée de lait maternel.
- Agit essentiellement en empêchant la libération des ovules des ovaires (ovulation). L'allaitement maternel fréquent empêche temporairement la libération d'hormones naturelles qui causent l'ovulation.

## Quelle est son efficacité ?




*L'efficacité dépend de l'utilisatrice :* le risque de grossesse est le plus élevé lorsqu'une femme ne pratique pas l'allaitement complet ou quasi complet.

- Telle qu'elle est utilisée couramment, environ 2 grossesses pour 100 femmes utilisant la MAMA pendant les 6 premiers mois après l'accouchement. Cela signifie que 98 femmes sur 100 qui dépendent de la MAMA ne tomberont pas enceintes.
- Si elle est utilisée correctement, moins d'une grossesse pour 100 femmes utilisant MAMA pendant les 6 premiers mois après l'accouchement.

*Retour de la fécondité une fois que cesse la MAMA :* dépend dans quelle mesure la femme continue à allaiter

*Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) :* aucune

## Effets secondaires, avantages pour la santé et risques pour la santé

### *Effets secondaires*

Aucun. Tous problèmes qui seraient les mêmes que pour d'autres femmes qui allaitent.

### *Avantages connus pour la santé*

Aide à protéger contre :

- Les risques de grossesse

Encourage :

- Les meilleurs modes d'allaitement qui profitent à la santé, tant à la mère qu'à l'enfant

### *Risques connus pour la santé*

Aucun

### *Corriger les conceptions erronées* (voir également Questions et réponses, p. 265)

La méthode de l'aménorrhée maternelle :

- Est très efficace lorsque les femmes répondent à tous les 3 critères de la MAMA.
- Est tout aussi efficace pour les femmes grosses ou maigres.
- Peut être utilisée par des femmes qui ont une nutrition normale. Pas d'aliments spéciaux nécessaires.
- Peut être utilisée pendant 6 mois complets sans qu'il faille donner au bébé des aliments supplémentaires. Le lait de la mère à lui seul apporte tous les nutriments dont a besoin un bébé pendant les 6 premiers mois de sa vie. De fait, c'est l'aliment idéal à ce stade de la vie d'un bébé.
- Peut être utilisée pendant 6 mois sans devoir se préoccuper que le lait de la femme s'épuise. Le lait continuera à être produit pendant 6 mois ou plus, tant que le bébé tète ou si la mère extrait son lait.

# Qui peut utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Les critères de recevabilité médicale pour

## La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Toutes les femmes qui allaitent peuvent utiliser sans risque la MAMA, mais une femme qui se trouve dans les circonstances suivantes devra peut-être envisager d'autres méthodes contraceptives :

- Sont infectées par le VIH ou sont atteintes du sida (voir la Méthode de l'allaitement maternel et de la l'aménorrhée pour les femmes avec le VIH, p. 260)
- Qui utilisent certains médicaments pendant l'allaitement maternel (médicaments qui changent l'humeur, réserpine, ergotamine, anti-métabolites, cyclosporine, hautes doses de corticosteroïdes, bromocriptine, médicaments radioactifs, lithium et certains anticoagulants)
- Si le nouveau-né souffre d'un problème et qu'il est difficile de l'allaiter (par exemple, trop petit ou prématuré ou qui a besoin de soins néonatals intenses, qui est incapable de digérer normalement les aliments, qui a des déformations de la bouche, de la mâchoire ou du palais)

### Pourquoi certaines femmes indiquent qu'elles apprécient la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

- C'est une méthode de planification familiale naturelle
- Elle renforce la pratique de l'allaitement maternel optimal avec tous les avantages que cela comporte pour la santé du bébé et de la mère
- N'a pas de coût direct pour la planification familiale ou pour l'alimentation du bébé

## Méthode de l’allaitement maternel et de l’aménorrhée pour les femmes vivant avec le VIH

- Les femmes qui sont infectées par le VIH ou qui ont le sida peuvent utiliser la MAMA. L’allaitement maternel n’aggravera pas leur condition. Par ailleurs, il existe un risque que les mères vivant avec le VIH transmettent le VIH à leur bébé par le biais du lait maternel. Tel qu’est pratiqué généralement l’allaitement maternel, 10 à 20 sur 100 bébés allaités par des mères qui ont le VIH seront infectés par le VIH par le biais du lait maternel, en plus de ceux qui ont déjà été infectés pendant la grossesse et lors de l’accouchement. La transmission du VIH par le biais du lait maternel est plus probable chez les mères dont la maladie est déjà avancée ou qui ont été nouvellement infectées.
- Les femmes qui prennent des médicaments antirétroviraux (ARV) peuvent utiliser la MAMA. De fait, le traitement à base d’ARV pendant les premières semaines de l’allaitement maternel peut diminuer le risque de transmission du VIH par le biais du lait maternel.
- L’alimentation de remplacement du lait maternel n’entraîne pas de risque de transmission du VIH. Si – mais uniquement si – l’alimentation de remplacement est acceptable, faisable, d’un coût abordable, durable et sans risque, recommande-t-on de donner ces aliments pendant les 6 premiers mois après la naissance. Par contre, si l’alimentation de remplacement qui est disponible ne répond pas à ces 5 critères, c’est l’allaitement maternel exclusivement dans les 6 premiers mois qui représente l’option la plus sûre de nourrir le bébé et elle est compatible avec la MAMA. (Pour des directives sûres, l’alimentation du nourrisson pour des femmes souffrant du VIH, voir Santé maternelle et néonatale, Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH, p. 294).
- Une des stratégies pour supprimer certains risques liés à l’allaitement maternel consiste à tirer le lait maternel et à le traiter à la chaleur. Pour les femmes qui dépendent de MAMA. Le fait de tirer le lait risque d’être légèrement moins efficace pour prévenir une grossesse que l’allaitement.
- Recommander vivement aux femmes qui vivent avec le VIH d’utiliser des préservatifs de pair avec MAMA. Utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs aident à prévenir la transmission du VIH et d’autres IST.

# Fourniture de la méthode de l’allaitement maternel et de l’aménorrhée

## Quand commencer

| Situation de la femme | Quand commencer |
|---|---|
| **Dans les 6 mois qui suivent l’accouchement** | • Commencer à allaiter immédiatement (dans l’heure qui suit) ou aussi rapidement que possible après la naissance du bébé. Pendant les premiers jours qui suivent la naissance, le liquide jaunâtre produit par les seins de la mère (colostrum) contient des substances qui sont très importantes pour la santé du bébé.<br>• A n’importe quel moment si elle allaite entièrement ou presque entièrement son bébé depuis la naissance et si elle n’a pas encore eu son retour de couches. |



## Quand une femme peut-elle utiliser la MAMA ?

Une femme qui allaite peut utiliser MAMA pour espacer la prochaine naissance et pour faire la transition avec une autre méthode contraceptive. Elle peut démarrer la MAMA à n'importe quel moment si elle répond aux 3 critères nécessaires pour utiliser la méthode.

**Poser à la mère ces 3 questions :**





**1** Est-ce que vous avez déjà eu votre retour de couches ? (Est-ce que vos règles sont revenues).





**2** Est-ce que vous donnez régulièrement au bébé d'autres aliments en plus du lait maternel, ou est-ce que vous laissez écouler de longues périodes sans lui donner le sein, que ce soit le jour ou la nuit ?



**3** Est-ce que votre bébé a plus de 6 mois ?

### Si la réponse à toutes ces questions est non…

**… elle peut utiliser la MAMA.** Elle ne court qu'un risque de 2 % de tomber enceinte pendant ce temps. Une femme peut choisir à n'importe quel moment une autre méthode de planification familiale, mais de préférence une méthode sans œstrogène tant que son bébé a moins de 6 mois. Les méthodes avec des oestrogènes sont les contraceptifs oraux combinés, les injectables mensuels, le patch combiné et l'anneau vaginal combiné.

### Mais lorsque la réponse à l'une quelconque de ces questions est oui…

**… ses risques de grossesses augmentent.** Lui conseiller de commencer à utiliser une autre méthode de planification familiale et de continuer l'allaitement maternel pour la santé du bébé.

# Expliquer le mode d'emploi

| | |
|---|---|
| **Allaiter souvent** | • Le mode d'alimentation idéal est sur demande (c'est-à-dire chaque fois que le bébé veut téter) et au moins 10 à 12 fois par jour pendant les premières semaines après l'accouchement et ensuite 8 à 10 fois par jour, y compris au moins une fois la nuit pendant les premiers mois.<br>• Les tétés pendant la journée ne devraient pas être espacées de plus de 4 heures et les tétés pendant la nuit ne devraient pas être espacées de plus de 6 heures.<br>• Certains bébés ne voudront pas téter 8 à 10 fois par jour et voudront peut-être dormir pendant la nuit. Il faudra encourager doucement ces bébés à prendre plus souvent le sein. |
| **Démarrer d'autres aliments à 6 mois** | • Elle devrait commencer à donner d'autres aliments en plus du lait maternel une fois que le bébé a 6 mois. A cet âge, le lait maternel ne nourrit plus entièrement un bébé qui est en train de grandir. |
| **Planifier une visite de suivi**  | • Planifier la prochaine visite lorsque les critères de la MAMA s'appliquent encore, pour qu'elle puisse choisir une autre méthode et continuer ainsi à être protégée contre la grossesse.<br>• Si c'est possible lui donner de suite des préservatifs ou une pilule àprogestatifs seuls. Elle peut commencer à les utiliser lorsque le bébé n'est plus allaité entièrement ou presque entièrement, si ses règles sont revenues ou si le bébé arrive à l'âge de 6 mois avant qu'elle ne puisse revenir pour obtenir une autre méthode. Planifier une méthode de suivi. Lui remettre de suite les produits nécessaires. |

# Soutenir l'utilisatrice

## *"Revenez à n'importe quel moment" : raisons de revenir*

Indiquer à la cliente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment, par exemple si elle a des problèmes, des questions ou si elle souhaite une autre méthode, ou encore si elle note des changements importants dans son état de santé ou si elle pense qu'elle pourrait être enceinte. Elle peut également revenir si :

- Elle ne satisfait plus à l'un ou à plusieurs critères de la MAMA et ne peut donc plus dépendre de cette méthode.

# Aider les utilisatrices continues

## Aider les clientes à passer à une méthode continue

1. Une femme peut passer à une autre méthode, quand elle le souhaite, pendant qu'elle utilise la MAMA. Si elle répond encore à tous les 3 critères de la MAMA, l'on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle peut commencer une nouvelle méthode, sans qu'il faille faire de tests de grossesse, d'examens ou d'évaluation.



2. Pour continuer à prévenir une grossesse, une femme doit passer à une autre méthode dès que l'un des 3 critères de la MAMA ne s'applique plus.

3. Aider la femme à choisir une nouvelle méthode, avant qu'elle n'en ait besoin. Si elle veut continuer à allaiter, elle peut choisir parmi plusieurs méthodes hormonales ou non hormonales, suivant le temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement (voir Santé maternelle et néonatale, moment le plus tôt où une femme peut commencer une méthode de planification familiale après l'accouchement, p. 293).

## Prise en charge des problèmes

### *Problèmes au niveau de l'utilisation*

- Les problèmes au niveau de l'allaitement maternel ou de la MAMA se répercutent sur la satisfaction d'une femme et son utilisation réussie de la méthode. Si la cliente signale des problèmes, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils et la traiter si c'est indiqué.
- Offrir d'aider la cliente à choisir une autre méthode, à présent si elle le souhaite ou si les problèmes ne peuvent pas être surmontés.
- Pour les problèmes au niveau de l'allaitement maternel, voir Santé maternelle et néonatale, Prise en charge des problèmes au niveau de l'allaitement maternel, p. 295.

# Questions et réponses à propos à propos de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

**1. Est-ce que la MAMA peut être une méthode efficace de planification familiale ?**

Oui. La MAMA est très efficace si la femme n'a pas encore eu son retour de couches (si elle n'a pas encore eu ses règles), si elle pratique l'allaitement maternel complet ou quasi complet et si son bébé a moins de 6 mois.

**2. Quand est-ce qu'une mère peut commencer à donner à son bébé d'autres aliments en plus du lait maternel ?**

Dans l'idéal, lorsque le bébé a 6 mois. Combiné à d'autres aliments, le lait maternel représentera une partie importante du régime alimentaire de l'enfant jusqu'à ce qu'il arrive à sa seconde année ou au-delà.

**3. Est-ce que les femmes peuvent utiliser la MAMA si elles travaillent à l'extérieur ?**

Oui. Les femmes qui peuvent garder leur bébé avec elles pendant qu'elles travaillent ou proche de cet endroit, et qui sont donc en mesure de l'allaiter fréquemment, peuvent effectivement dépendre de la MAMA tant qu'elles répondent à tous les 3 critères de la MAMA. Les femmes qui sont séparées de leur bébé peuvent utiliser MAMA si les tétés sont à des intervalles de moins de 4 heures. Les femmes peuvent également tirer leur lait au moins toutes les 4 heures, mais les taux de grossesses risquent d'être légèrement plus élevés pour les femmes qui sont séparées de leur bébé. La seule étude qui a évalué l'utilisation de la MAMA parmi les femmes qui travaillent, a estimé un taux de grossesse de 5 pour 100 femmes pendant les 6 premiers mois après l'accouchement, alors que cette proportion est de 2 pour 100 femmes, telle que la MAMA est utilisée couramment.

**4. Que se passe-t-il si une femme apprend qu'elle est infectée par le VIH alors qu'elle utilise MAMA ? Peut-elle continuer à allaiter et à utiliser MAMA ?**

Si une femme a été nouvellement infectée par le VIH, le risque de transmission par le lait maternel est bien plus élevé que si elle a été infectée auparavant, car elle a un taux plus élevé de virus VIH dans son corps. La recommandation concernant l'allaitement maternel est la même que pour les autres femmes infectées par le VIH. Si l'alimentation de remplacement est acceptable, faisable, d'un coût abordable, durable et sans risque, on lui conseillera de donner cette alimentation puisque son bébé ne sera pas exposé au risque de contracter l'infection à VIH par le biais du lait maternel. Par contre, si l'alimentation de remplacement ne peut répondre à ces 5 critères, elle devrait continuer à allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois. Aussi, pourra-t-elle continuer de dépendre de la MAMA. Si elle choisit d'arrêter d'allaiter, elle devra arrêter complètement sur une période de 2 jours à 3 semaines. Après 6 mois, le lait maternel à lui seul n'est plus suffisamment nutritif pour le bébé et elle devrait passer de MAMA à une autre méthode contraceptive (voir également Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée pour les femmes vivant avec le VIH, p. 260).

# Au service de divers groupes

## Points-clé pour les prestataires et les clients

*Adolescents*

- **Jeunes mariés et célibataires qui peuvent avoir des besoins différents en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive.** Tous les contraceptifs sont sûrs et sans risque pour les jeunes.

*Hommes*

- **Une information correcte peut aider les hommes à prendre de meilleures décisions sur leur propre santé et la santé de leur partenaire.** Lorsque les couples discutent de la contraception, ils sont plus susceptibles de prendre des décisions auxquelles ils se tiendront par la suite.

*Femmes proches de la ménopause*

- **Pour être sûres d'éviter une grossesse, les femmes devraient utiliser une contraception jusqu'à ce que 12 mois sans leurs règles se soient écoulés.**



## Adolescents

Les jeunes peuvent consulter un prestataire de planification familiale, non seulement pour la contraception, mais également pour recevoir des conseils à propos des changements physiques, la sexualité, les relations, la famille et des problèmes qu'ils traversent en grandissant. Leurs besoins dépendent de leur situation particulière. Certains sont célibataires et sexuellement actifs, d'autres ne sont pas sexuellement actifs et d'autres encore sont déjà mariés. Certains ont déjà des enfants. L'âge en lui-même fait une grande différence, car les jeunes mûrissent rapidement pendant les années d'adolescence. Ces différences font qu'il est important d'apprendre davantage à propos de chaque client, de comprendre pourquoi il est venu ou elle est venue et de pouvoir ainsi donner les conseils et autres services au vu de cette situation.

## Donner les services avec respect et compassion

Les jeunes méritent des soins respectueux qui leur sont dispensés sans aucun jugement, quel que soit leur âge et même s'ils sont très jeunes. En effet, toute critique ou attitude négative empêchera les jeunes de recevoir les soins dont ils ont besoin. Les services et les conseils n'encouragent pas les jeunes à avoir des relations sexuelles. De fait, ils aident les jeunes à protéger leur santé.



Vous pouvez rendre les services amis-des-jeunes de bien des manières :

- Montrer aux jeunes que vous aimez travailler avec eux.
- Les conseiller dans des coins privés où l'on ne peut pas vous voir ni vous entendre. Vérifier que l'entretien se déroule en privé.
- Ecouter attentivement et poser des questions ouvertes, par exemple "comment est-ce que je peux vous aider" ? et "quelles sont les questions que vous avez" ?
- Utiliser des mots simples et éviter des termes médicaux.
- Utiliser des expressions qui sont familières aux jeunes. Eviter des termes tels que "planification familiale" qui ne semble pas toujours indiqués pour ceux qui ne sont pas mariés.
- Accueillir les partenaires et les faire participer à la séance de conseils si la cliente le souhaite.
- Vérifier que le choix d'une jeune femme est bien le sien et qu'elle n'y est pas forcée par son partenaire ou sa famille. Faites attention qu'elle n'est pas forcée d'avoir des relations sexuelles et aidez une jeune femme à réfléchir à ce qu'elle dit et à ce qu'elle fait pour résister à une telle pression. Lui apprendre à négocier l'utilisation du préservatif.
- Parler sans exprimer de jugement (par exemple, il vaut mieux dire "vous pouvez" plutôt que "vous devriez". Ne pas critiquer, même si vous n'êtes pas d'accord avec ce que la jeune personne dit ou fait. Aider les jeunes à prendre des décisions qui entrent dans leur meilleur intérêt.
- Prenez le temps de répondre à toutes les questions, les craintes et informations erronées à propos des relations sexuelles, des infections sexuellement transmissibles, des IST et des contraceptifs. Un grand nombre de jeunes veulent être rassurés et savoir que les changements dans leur corps et leurs sentiments sont choses normales. Il faut être prêt à répondre aux questions courantes sur la puberté, les règles, la masturbation, l'éjaculation et l'hygiène génitale.

## Tous les contraceptifs sont sans risques pour les jeunes

Les jeunes peuvent utiliser sans risques une méthode contraceptive quelle qu'elle soit.

- Les jeunes souvent tolèrent moins bien les effets secondaires que les femmes plus âgées. Mais avec de bons conseils, ils sauront à quoi s'attendre et seront moins susceptibles d'arrêter l'utilisation de ces méthodes.
- Les jeunes célibataires risquent davantage d'avoir un plus grand nombre de partenaires sexuels que les personnes plus âgées et, par conséquent, ils sont exposés à un risque plus élevé de contracter des IST. Il est important lors des séances de conseils d'analyser le risque de contracter des IST et les mesures que chacun peut prendre pour réduire un tel risque.

Pour certaines méthodes contraceptives, certains aspects spécifiques devront être envisagés pour les jeunes (voir chapitres sur les méthodes contraceptives pour des directives complètes) :

**Contraceptifs hormonaux** (contraceptifs oraux, injectables, patch combiné, anneau vaginal combiné et implants)

- Les injectables et l'anneau combiné peuvent être utilisés sans que d'autres le sachent.
- Certaines jeunes femmes trouvent qu'il est particulièrement difficile de prendre régulièrement la pilule.

**Pilules contraceptives d'urgence** (PCU)

- Les jeunes femmes ont probablement moins de contrôle que les femmes plus âgées sur les relations sexuelles et l'utilisation de la contraception. Elles risquent d'avoir besoin plus souvent de la PCU.
- Fournir la PCU à l'avance aux jeunes femmes pour qu'elles puissent l'utiliser quand elles en ont besoin. La PCU peut être utilisée chaque fois qu'elles ont des rapports sexuels non protégés, y compris des rapports sexuels contre leur volonté ou en cas d'échec du contraceptif.

**Stérilisation féminine et vasectomie**

- A proposer après mûre réflexion. Les jeunes et les personnes qui n'ont que peu d'enfants ou pas d'enfants du tout sont ceux qui risquent le plus de regretter par la suite la stérilisation.

**Préservatifs masculins et féminins**

- Protègent contre les IST et la grossesse : ce dont un grand nombre de jeunes ont besoin.
- Facilement disponibles, ils sont en plus d'un coût abordable et conviennent bien pour les rapports sexuels occasionnels.
- Les jeunes réussissent moins bien que les hommes plus âgés à utiliser correctement les préservatifs. Ils auront probablement besoin de s'exercer davantage pour mettre correctement le préservatif.

**Dispositif intra-utérin** (DIU au cuivre et DIU hormonal)

- Les DIU sont plus susceptibles de sortir chez les femmes qui n'ont pas encore accouché car leur utérus est plus petit.

**Diaphragmes, spermicides et capes cervicales**

- Ce sont parmi les méthodes les moins efficaces mais les jeunes femmes peuvent contrôler l'utilisation de ces méthodes et elles peuvent être utilisées quand elles en ont besoin.

**Méthodes de connaissance de la fécondité**

- A moins qu'une jeune femme n'ait des cycles menstruels réguliers, les méthodes de connaissance de la fécondité doivent être utilisées avec prudence.
- Nécessitent une méthode d'appoint ou une PCU au cas où l'abstinence échoue.

**Retrait**

- Demande à l'homme de sentir quand il est sur le point d'éjaculer pour qu'il puisse se retirer à temps. Cela risque d'être difficile pour les jeunes.
- Une des méthodes de prévention de la grossesse les moins efficaces mais parfois la seule méthode disponible, toujours disponible d'ailleurs, pour des jeunes.

# Hommes

## Importants parce qu'ils soutiennent les femmes et importants en tant que clients

Pour les prestataires de santé, les hommes sont importants pour deux raisons. Premièrement ils influencent les femmes. Certains hommes se soucient de la santé de la reproduction de leur partenaire et la soutiennent. D'autres l'empêchent d'agir ou prennent les décisions pour elles. Aussi, les attitudes des hommes influence l'adoption de comportements sains chez la femme. Dans certaines circonstances, lorsqu'il faut éviter une infection à VIH ou obtenir rapidement de l'aide lors d'une urgence obstétricale, c'est l'action de l'homme qui pourra sauver la vie de la femme.

Les hommes sont également importants en tant que clients. Les principales méthodes de planification familiale — préservatifs masculins et vasectomie, sont utilisées par les hommes. Les hommes, par ailleurs, ont leurs propres besoins et soucis sur le plan de la santé sexuelle et reproductive, surtout en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (IST), qui méritent l'attention du système de soins de santé et des prestataires de services.

## De nombreuses manières d'aider les hommes

Les prestataires peuvent apporter soutien et services aux hommes, en tant que clients et parce qu'ils soutiennent les femmes.

### *Encourager les couples à parler*

Les couples qui discutent de la planification familiale, avec ou sans l'aide d'un prestataire, sont plus susceptibles de prendre des décisions qu'ils appliqueront ensuite dans les faits. Les prestataires peuvent :

- Aider les hommes et les femmes à parler des relations sexuelles, de la planification familiale et des IST.
- Encourager une prise de décision conjointe sur les questions de santé sexuelle et reproductive.
- Inviter et encourager les femmes à venir avec leur partenaire au centre de santé pour des séances conjointes de conseils, prises de décisions et soins.
- Proposer aux clientes d'indiquer à leur partenaire les types de services de santé qui existent pour les hommes. Leur remettre des brochures d'information qu'elles pourront emporter à la maison.



## *Fournir des informations exactes*



Pour qu'ils puissent prendre les bonnes décisions, les hommes ont besoin d'une information correcte. Il faut également contrecarrer les conceptions erronées. Parmi les thèmes importants pour les hommes :

- Les méthodes de planification familiale, tant pour les hommes que pour les femmes, y compris leur innocuité et efficacité
- Les IST y compris le VIH/SIDA — de quoi s'agit-il et comment se transmet-il, les signes et symptômes, les tests et le traitement
- Les avantages si l'on attend que l'enfant le plus jeune ait deux ans avant qu'une femme ne tombe à nouveau enceinte
- L'anatomie et la fonction de la reproduction et de la sexualité chez les hommes et chez les femmes
- La grossesse et l'accouchement sans risques

## *Dispenser les services nécessaires ou orienter vers les services compétents*

Services importants que souhaitent recevoir un grand nombre d'hommes :

- Préservatifs, vasectomie et conseils sur d'autres méthodes
- Conseils et aide pour les problèmes sexuels
- Conseils, dépistages et traitement pour les IST/VIH
- Conseils pour l'infécondité (voir Infécondité, p. 340)
- Dépistage pour le cancer des testicules et de la prostate

Comme chez les femmes, les hommes de tout âge, mariés ou célibataires ont leurs propres besoins en santé sexuelle et reproductive. Ils méritent des services de bonne qualité et des conseils respectueux, constructifs qui sont donnés sans jugement.

# Femmes proches de la ménopause

Une femme s'approche de la ménopause lorsque ses ovaires arrêtent de libérer des ovules (ovulation). Une femme n'est plus féconde, une fois que se sont écoulés 12 mois consécutifs sans qu'elle ait eu ses règles puisque les saignements cessent lorsque s'approche la ménopause.

Généralement, la ménopause survient entre 45 et 55 ans. Environ la moitié des femmes arrivent à la ménopause à l'âge de 50 ans. A 55 ans, environ 96% des femmes ont atteint la ménopause.

Pour éviter une grossesse jusqu'au moment où il est évident qu'elle n'est plus féconde, une femme plus âgée peut utiliser une méthode quelle qu'elle soit si elle ne présente aucune affection médicale qui l'en empêcherait. En soi-même, l'âge ne limite pas le choix d'une méthode contraceptive.

## Aspects spéciaux à envisager à propos du choix de la méthode

On envisagera les méthodes suivantes en aidant une femme qui s'approche de la ménopause :

**Méthodes hormonales combinées** (contraceptifs oraux combinés [COC] injectables mensuels, patch combiné, anneau vaginal combiné)

- Les femmes de 35 ans et plus qui fument — quel que soit le nombre de cigarettes par jour — ne devraient pas utiliser ni les COC, ni le patch, ni l'anneau vaginal.
- Les femmes de 35 ans et plus qui fument 15 cigarettes ou plus par jour, ne devraient pas utiliser les injectables mensuels.
- Les femmes âgées de 35 ans ou plus, ne devraient pas utiliser des COC, des injectables mensuels, le patch ou l'anneau vaginal si elles ont des migraines (que ce soient des migraines avec lumières vives ou non.)

**Méthodes à progestatifs seuls** (pilules à seuls progestatifs, injectables à seuls progestatifs, implants)

- Bon choix pour les femmes qui ne peuvent pas utiliser les méthodes avec les oestrogènes.
- Pendant l'utilisation, le DMPA diminue légèrement la densité minérale des os. On ne sait pas si cette diminution dans la densité des os, augmente par la suite le risque de fractures, après la ménopause.

**Pilules contraceptives d'urgence**

- Peuvent être utilisées par les femmes quel que soit leur âge, y compris celles qui ne peuvent pas utiliser continuellement des méthodes hormonales.

### Stérilisation féminine et vasectomie

- Peut être un bon choix pour des femmes plus âgées et leur partenaire qui savent qu'ils ne veulent plus d'enfants.
- Les femmes plus âgées sont plus susceptibles de présenter des affections qui demandent que soit retardée la stérilisation ou que certaines précautions s'imposent.

### Préservatifs masculins et féminins, diaphragmes, spermicides, capes cervicales et retrait

- Protègent bien les femmes plus âgées, sachant que la fécondité diminue dans les années avant la ménopause.
- D'un coût abordable et pratique pour les femmes qui peuvent avoir des relations sexuelles occasionnelles.

### **Dispositif intra-utérin** (DIU au cuivre et hormonal)

- Les taux d'expulsions diminuent alors que les femmes vieillissent, et sont plus faibles chez les femmes de plus de 40 ans.
- La pause risque d'être plus difficile suite au rétrécissement du canal cervical.

### Méthodes de la connaissance de la fécondité

- Le manque de cycles réguliers avant la ménopause fait qu'il est difficile d'utiliser de manière fiable ces méthodes.



## Quand est-ce qu'une femme peut arrêter d'utiliser la planification familiale

Lorsqu'elle approche de la ménopause, ses règles deviennent de plus en plus irrégulières et, par conséquent, il est difficile pour une femme dont les règles semblent s'être arrêtées, de savoir quand elle peut cesser d'utiliser la contraception. Aussi, recommande-t-on d'utiliser une méthode de planification familiale pendant 12 mois après que soient survenues les dernières règles.

*Les méthodes hormonales affectent* les saignements et, par conséquent, il est difficile de savoir si une femme qui les utilise est entrée ou non en ménopause. Après avoir arrêté une méthode hormonale, elle peut utiliser une méthode non hormonale. Elle n'aura plus besoin de contraception une fois qu'auront cessé les règles pendant 12 mois de suite.

*Le DIU au cuivre* peut être laissé en place après la ménopause. Il doit être retiré dans les 12 mois qui suivent la fin des règles d'une femme.

## Soulagement des symptômes de la ménopause

Les femmes qui connaissent les effets physiques avant, pendant et après la ménopause : bouffées de chaleur, transpiration excessive, envie d'aller souvent à la miction, sécheresse vaginale qui rendent douloureuses les relations sexuelles et difficultés à dormir.

Les prestataires peuvent donner les conseils suivants pour diminuer certains de ces symptômes :

- Respirer profondément à partir du diaphragme pour faire disparaître la bouffée de chaleur. Une femme peut également essayer de manger des aliments qui contiennent du soja ou prendre 800 unités internationales de vitamine E par jour.
- Aliments riches en calcium (produits laitiers, haricots, poisson) et activités physiques modérées pour ralentir la perte de densité osseuse qui accompagne la ménopause.
- Des lubrifiants vaginaux peuvent être utilisés en cas de sécheresses vaginales persistantes qui causent des irritations. Lors des relations sexuelles, utiliser un lubrifiant vaginal disponible dans le commerce, de l'eau si c'est un problème.

CHAPITRE 21

# Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Les personnes avec des infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH, peuvent utiliser efficacement et sans risques la plupart des méthodes de planification familiale.**
- **Les préservatifs masculins et féminins peuvent prévenir les IST** s'ils sont utilisés correctement et régulièrement.
- **Les IST peuvent être réduites par d'autres manières** — limiter le nombre de partenaires, s'abstenir des relations sexuelles et avoir une relation de fidélité mutuelle avec un partenaire non infecté.
- **Certaines IST n'ont pas de signe ou symptôme chez les femmes.** Si une femme pense que son partenaire peut avoir une IST, elle devra consulter les services de santé.
- **Certaines IST peuvent être traitées.** Le plus rapidement elles sont traitées, moins elles sont susceptibles de causer des problèmes à long terme, telles que la stérilité ou les douleurs chroniques.
- **Dans la plupart des cas, les pertes vaginales proviennent d'infections qui ne sont pas sexuellement transmissibles.**

Les prestataires de la planification familiale peuvent aider leurs clients de diverses manières pour prévenir les IST y compris l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les responsables de programmes et les prestataires de soins peuvent choisir des approches qui répondent aux besoins des clients, à leur formation et aux ressources disponibles ainsi qu'aux services d'orientation nécessaires.



## Que sont les infections sexuellement transmissibles ?

Les IST sont causées par des bactéries et des virus qui se propagent par contact sexuel. Les infections se trouvent dans des liquides organiques, tels que le sperme, sur la peau des parties génitales et autour et certaines se trouvent également dans la bouche, la gorge et le rectum. Certaines IST ne causent aucun symptôme. D'autres peuvent être source d'inconfort ou de douleurs. Si elles ne sont pas traitées, certaines peuvent provoquer des inflammations pelviennes, la stérilité, des douleurs pelviennes chroniques et le cancer du col. Le VIH ébranle et supprime

progressivement les défenses du système immunitaire. Certaines IST augmentent nettement le risque de contracter l'infection à VIH.

Les IST se propagent dans une communauté — lorsqu'une personne infectée a des rapports sexuels avec une personne non infectée. Plus une personne a de partenaires sexuels, plus elle risque de contracter des IST ou de transmettre des IST.

## Qui est exposé au risque ?

Un grand nombre de femmes venant consulter les services de planification familiale, femmes dans des relations stables et de fidélité mutuelle, ne courent que peu de risque de contracter une IST. Par ailleurs, certaines clientes pourraient être exposées au risque de contracter des IST ou seront déjà infectées actuellement par une IST. Celles qui ont le plus à gagner d'une discussion sur les risques liés aux IST sont celles qui n'ont pas de partenaire régulier, les célibataires ou toutes personnes mariées ou non qui posent des questions ou se montrent préoccupées par les IST ou le VIH, ou encore par le fait que son partenaire pourrait avoir d'autres partenaires.

Le risque de contracter une IST y compris le VIH, dépend du comportement d'une personne, du comportement du partenaire sexuel ou des partenaires sexuels de cette personne et de la prévalence de ces maladies dans la communauté. S'il connaît les IST courantes dans cet endroit et s'il est au courant des comportements sexuels communs, un prestataire de soins de santé pourra mieux aider une cliente à évaluer son propre risque.

S'ils comprennent le risque qu'ils courent de contracter une VIH et d'autres IST, les gens pourront mieux se donner les moyens de se protéger ainsi que les autres. Souvent ce sont les femmes qui sauront le mieux juger du risque qu'elles courent de contracter une IST, surtout si on leur explique quels sont les comportements et les situations qui augmentent ce risque.

Comportement sexuel qui peut exposer davantage aux IST :

- Relations sexuelles avec un partenaire qui a des symptômes d'IST
- Partenaires sexuels diagnostiqués ou traités récemment pour une IST
- Rapports sexuels avec plusieurs partenaires — plus on a de partenaires, plus le risque est élevé
- Rapports sexuels avec un partenaire qui a des rapports sexuels avec d'autres et qui n'utilise pas toujours de préservatifs
- Lorsqu'un grand nombre de personnes dans la communauté sont infectées par des IST, des rapports sexuels sans préservatif s'avèreront risqués avec presque chaque nouveau partenaire.

Dans certaines situations, les gens ont tendance à changer souvent de partenaires sexuels, à avoir un grand nombre de partenaires ou un partenaire qui a d'autres partenaires, tous ces comportements augmentent le risque de transmission des IST. Cela concerne notamment des personnes qui :

- Ont des rapports sexuels en échange d'argent, de cadeaux, de nourriture ou d'autres faveurs
- Se déplacent souvent dans d'autres régions pour le travail, par exemple les camionneurs
- N'ont pas de relations sexuelles stables, par exemple les adolescents et les jeunes adultes sexuellement actifs
- Sont les partenaires sexuels de ces personnes

## Qu'est-ce qui causent les IST ?

Plusieurs types d'organismes causent les IST. Celles causées par des organismes, telles que les bactéries, peuvent être guéries en général. Les IST causées par des virus ne peuvent généralement pas être guéries, bien qu'elles puissent être traitées pour soulager les symptômes.

| IST | Type | Transmission sexuelle | Transmission non sexuelle | Guéri-ssables |
|---|---|---|---|---|
| **Chancre** | Bactérie | Rapports sexuels par voie vaginale, anale et orale | aucune | Oui |
| **Chlamydia** | Bactérie | Rapports sexuels par voie vaginale, anale, rarement des parties génitales à la bouche | De la mère à l'enfant pendant la grossesse | Oui |
| **Gonorrhée** | Bactérie | Rapports sexuels par voie vaginale et anale ou contact entre la bouche et les parties génitales | De la mère à l'enfant pendant l'accouchement | Oui |
| **Hépatite B** | Virus | Rapports sexuels par voie vaginale et anale ou du pénis à la bouche | Par le sang, de la mère à l'enfant pendant l'accouchement ou dans le lait maternel | Non |
| **Herpès** | Virus | Contact génital ou oral avec un ulcère, notamment aux rapports sexuels par voie vaginale et anale ; également contact génital dans un endroit sans ulcère | De la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement | Non |
| **VIH** | Virus | Rapports sexuels par voie vaginale et anale<br>Très rarement, rapports sexuels par voie orale | Dans le sang, de mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans le lait maternel | Non |
| **Virus du papillome humain** | Virus | Contact peau à peau et contact génital ou contact entre la bouche et les parties génitales | De la mère à l'enfant pendant l'accouchement | Non |
| **Syphilis** | Bactérie | Contact génital ou oral avec un ulcère y compris rapports sexuels par voie vaginale et anale | De la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement | Oui |
| **Trichomonase** | Parasite | Rapports sexuels par voie vaginale, anale et orale | De la mère à l'enfant pendant l'accouchement | Oui |

### *De plus amples informations sur le VIH et le SIDA*

- Le VIH est le virus qui cause le syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA). Le VIH détruit progressivement le système immunitaire du corps, le laissant dans l'incapacité de lutter contre d'autres maladies.
- Les gens peuvent vivre pendant de nombreuses années avec le VIH sans avoir de signe ou symptôme d'infection. Par la suite, ils contracteront le SIDA — maladie qui se déclare lorsque le système immunitaire d'un corps est détruit et n'est plus capable de lutter contre certaines infections connues comme infections opportunistes.
- On ne peut pas guérir une infection à VIH ou le SIDA, mais par contre le traitement antirétroviral (TAR) peut ralentir l'évolution de la maladie, améliorer la santé de ceux qui sont atteints du SIDA et prolonger la vie. Les antirétroviraux (ARV) réduisent également la transmission de la mère à l'enfant au moment de l'accouchement. Les infections opportunistes peuvent être traitées.
- Les prestataires de la planification familiale peuvent concourir à la prévention et au traitement du VIH/SIDA surtout dans les pays ou un grand nombre de personnes sont infectées par le VIH. Ils peuvent en effet :
  - Donner des conseils sur les manières de réduire le risque d'infection (voir Choisir une stratégie de protection double, p. 280).
  - Envoyer les clients vers les services de dépistage et conseils du VIH où ils pourront être traités si leur centre n'offre pas ce type de soins.

## Symptômes des infections sexuellement transmissibles

Il n'est pas toujours possible de dépister rapidement des IST. Par exemple, l'infection à la chlamydia et la gonorrhée souvent ne présentent pas de signe ou symptôme notable chez les femmes. Par ailleurs, il est important de faire un dépistage précoce, tant pour éviter de transmettre l'infection à d'autres personnes que pour éviter des conséquences à long terme plus graves pour la santé. Pour un dépistage précoce des IST, voici les mesures que peut prendre un prestataire de soins :

- Demander si la cliente ou le partenaire de la cliente a des plaies sur les parties génitales ou des écoulements anormaux.
- Observer l'éventuelle présence de signes d'IST lors d'un examen pelvien ou génital fait pour une autre raison.
- Savoir conseiller une cliente qui pourrait avoir une IST.
- Si la cliente présente des signes ou symptômes, diagnostiquer et traiter rapidement ou les orienter vers les services compétents.
- Conseiller aux clientes de faire attention à des plaies, ulcérations génitales ou pertes inhabituelles chez elles-mêmes ou chez leur partenaire sexuel.

Signes et symptômes communs qui pourraient signaler une IST :

| Symptômes | Causes possibles |
|---|---|
| Ecoulement du pénis — pus, gouttes claires ou jaunâtres, verdâtres | Le plus souvent : chlamydia, gonorrhée<br>Parfois : trichomonase |
| Saignement vaginal anormal ou saignement après les relations sexuelles | Chlamydia, gonorrhée, inflammations pelviennes |
| Brûlures ou douleurs à la miction | Chlamydia, gonorrhée, herpès |
| Douleurs au bas ventre ou douleurs lors des rapports sexuels | Chlamydia, gonorrhée, inflammation pelvienne |
| Testicules enflés et/ou douloureux | Chlamydia, gonorrhée |
| Démangeaisons dans les parties génitales | Souvent : trichomonase<br>Parfois : herpès |
| Ampoules ou plaies sur les plaies génitales, à l'anus, dans les endroits autour ou dans la bouche | Herpès, syphilis, chancre |
| Verrues sur les parties génitales, anus ou dans les endroits autour | Virus du papillome humain |
| Pertes vaginales inhabituelles — changement par rapport aux pertes vaginales normales du point de vue couleur, consistance, quantité et/ou odeur | Le plus souvent : vaginose bactérienne, candidose (n'est pas une IST, voir Infection vaginale courante que l'on prend souvent pour des infections sexuellement transmissibles, ci-après)<br>Souvent : trichomonase<br>Parfois : chlamydia, gonorrhée |

## *Infections vaginales courantes que l'on confond souvent avec les infections sexuellement transmissibles*

Les infections vaginales les plus courantes ne sont pas sexuellement transmissibles. De fait, elles sont dues à une croissance excessive d'organismes généralement présents dans le vagin. Les infections courantes de la voie génitale ne sont pas sexuellement transmissibles, notamment la vaginose bactérienne et la candidose (également appelée infection à levure ou muguet).

- Dans la plupart des régions, ces infections sont bien plus courantes que les IST. Les chercheurs estiment qu'entre 5 % et 25 % des femmes ont une vaginose bactérienne et entre 5 % et 15 % ont déjà eu une candidose.
- Les pertes vaginales imputables à ces infections peuvent être analogues aux écoulements causés par certaines IST, telle que la trichomonase. Il est important de rassurer la cliente et de lui indiquer que ces symptômes ne sont pas ceux d'une IST, surtout si elle n'a aucun autre symptôme et si elle est exposée à un faible risque de contracter une IST.

- La vaginose bactérienne et la trichomonase peuvent être guéries à l'aide d'antibiotiques, tel que le métronidazole. La candidose peut être guérie avec des médicaments anti-champignons comme le fluconazole. Sans traitement, la vaginose bactérienne peut mener à des complications lors de la grossesse et la candidose peut être transmise à un nouveau-né lors de l'accouchement.

Le fait de laver les parties génitales externes avec un savon sans parfum et de l'eau propre et de ne pas utiliser des douches vaginales, des détergents, des désinfectants ou un nettoyage vaginal ou encore d'agent de sèchement, constitue de bonnes mesures d'hygiène. Elles peuvent également aider certaines femmes à éviter les infections vaginales.

# Prévention des infections sexuellement transmissibles

Les principales stratégies de prévention des IST consistent à éviter ou à réduire les risques d'exposition. Les prestataires de la planification familiale peuvent parler aux clientes de la manière dont elles peuvent se protéger contre les IST, contre le VIH et contre la grossesse (protection double).

## Choisir une stratégie de protection double

Chaque cliente de la planification familiale doit réfléchir à la manière dont elle peut prévenir les IST y compris le VIH même si les personnes ne pensent pas être exposées à un risque. Un prestataire pourra discuter du type de situation qui place une personne à un risque accru de contracter des IST notamment au VIH (voir Qui est exposé au risque ? p. 276), et les clientes pourront réfléchir aux situations dangereuses qui ont pu se présenter dans leur propre vie. Si de telles situations existent, elles pourront envisager 5 stratégies de protection double.

Une personne pourra utiliser ces différentes stratégies dans différentes situations. Un couple pourrait utiliser différentes stratégies à différents moments. La meilleure stratégie est celle qu'une personne est en mesure d'adopter dans la situation dans laquelle il ou elle se trouve. (Protection double ne signifie pas forcément utiliser uniquement des préservatifs de pair avec une autre méthode de planification familiale).

***Stratégie 1 : Utiliser un préservatif masculin ou féminin correctement lors de chaque rapport sexuel.***

- Une méthode qui aide à protéger contre la grossesse et les IST y compris le VIH.

***Stratégie 2 : Utiliser des préservatifs régulièrement et correctement plus une autre méthode de planification familiale.***

- Confère une protection supplémentaire contre la grossesse dans le cas ou un préservatif n'est pas utilisé ou s'il n'est pas utilisé correctement.
- Pourrait être un bon choix pour des femmes qui veulent être sûres d'éviter une grossesse mais qui ne peuvent pas toujours compter sur leur partenaire pour qu'il utilise un préservatif.

***Stratégie 3 : Si les deux partenaires savent qu'ils ne sont pas infectés, utiliser n'importe quelle méthode de planification familiale pour éviter une grossesse et rester dans une relation de fidélité mutuelle.***

- Un grand nombre de clients de la planification familiale entrent dans ce groupe et, par conséquent sont protégés contre les IST y compris contre le VIH.
- Dépend de la communication et de la confiance entre les partenaires.

Voici d'autres stratégies qui ne supposent pas l'utilisation de contraceptif :

***Stratégie 4 : S'engager dans une intimité sexuelle sans rapports sexuels proprement dit et éviter que le sperme et les liquides vaginaux n'entrent en contact avec les parties génitales de l'autre personne.***

- dépend de la communication, de la confiance et du contrôle de soi.
- Si une personne opte pour cette façon de vivre l'intimité, il est avisé pourtant d'avoir des préservatifs sous la main au cas où le couple aurait des rapports sexuels.

***Stratégie 5 : Remettre à plus tard ou éviter l'activité sexuelle (soit éviter des rapports sexuels lorsqu'ils présentent un risque, soit s'abstenir pendant longtemps).***

- Si c'est la stratégie préférée de la personne, il vaut mieux avoir des préservatifs disponibles au cas où le couple aurait des relations sexuelles.
- Cette stratégie est toujours disponible dans le cas où l'on ne dispose pas d'un préservatif.

Un grand nombre de clientes auront besoin d'aide et de directives pour utiliser efficacement leur stratégie de double protection. Par exemple, elles auront besoin de conseils pour préparer le terrain avec leur partenaire et parler de la protection contre les IST, pour apprendre à utiliser les préservatifs et d'autres méthodes et pour savoir où obtenir les produits et comment les conserver. Il est bon de leur offrir ces conseils, si vous vous êtes en mesure de le faire. Autrement, vous pouvez les orienter vers quelqu'un qui leur donnera plus de conseils et les aidera à acquérir les compétences nécessaires, par exemple en faisant appel au jeu de rôle pour pratiquer la négociation de l'utilisation des préservatifs.

# Contraceptifs, pour les clientes avec des IST, le VIH et le SIDA

Les personnes infectées par des IST, le VIH, le SIDA ou qui suivent un traitement antirétroviral (TAR) peuvent commencer et continuer à utiliser sans risque la plupart des méthodes contraceptives. Il existe cependant quelques limitations. Voir le tableau ci-après. (De plus, chaque chapitre sur une méthode contraceptive apporte de plus amples informations pour les clientes vivant avec le VIH et le SIDA y compris celles qui prennent des médicaments antirétroviraux ou ARV).

En général, les contraceptifs et les ARV n'interfèrent pas entre eux. On ne sait pas si certains médicaments ARV rendent moins efficaces les contraceptifs hormonaux à faible dose. Même si tel est le cas, l'utilisation du préservatif pourra compenser.

### Aspects spéciaux liés à la planification familiale pour les clientes avec des IST, le VIH, le SIDA ou le traitement antirétroviral.

| Méthode | A une IST | A le VIH ou le SIDA | Suit un traitement antirétroviral (TAR) |
|---|---|---|---|
| **Dispositif-intra utérin**<br>(DIU au cuivre ou hormonaux) | Ne pas insérer un DIU chez une femme qui est exposée au risque individuel très élevé de contracter la gonorrhée et l'infection à chlamydia, ou qui a actuellement une gonorrhée, chlamydia, cervicite purulente ou inflammation pelvienne.<br>(Une utilisatrice courante du DIU qui contracte l'infection à gonorrhée ou à chlamydia ou une MIP peut continuer à utiliser sans risque un DIU pendant et après le traitement). | Une femme qui a le VIH peut utiliser le DIU.<br>Une femme avec le SIDA ne devrait pas utiliser un DIU à moins qu'elle soit cliniquement bien portante et suive un traitement ARV.<br>(Une femme qui contracte le SIDA pendant qu'elle utilise le DIU peut continuer à utiliser sans risque le DIU). | Ne pas poser un DIU si la cliente n'est pas bien portante du point de vue clinique. |

| Méthode | A une IST | A le VIH ou le SIDA | Suit un traitement antirétroviral (TAR) |
|---|---|---|---|
| **Stérilisation féminine** | Si la cliente a la gonorrhée, chlamydia, cervicite purulente ou MIP, remettre la stérilisation jusqu'au moment où l'infection est traitée et guérie. | Les femmes qui sont infectées par le VIH, qui ont le SIDA ou qui suivent un traitement antirétroviral, peuvent avoir sans risque l'opération de stérilisation. Des arrangements spéciaux seront pris pour exécuter la stérilisation féminine chez une femme souffrant du SIDA. Remettre l'opération si elle a actuellement une maladie liée au SIDA. | |
| **Vasectomie** | Si le client a une infection cutanée du scrotum, une IST active, un bout de pénis enflé et sensible ou douleur ou tuméfaction des canaux ou testicules, remettre à plus tard la stérilisation, en attendant que le problème soit traité et guéri. | Les hommes qui sont infectées par le VIH, qui ont le SIDA ou qui suivent un traitement antirétroviral peuvent avoir une vasectomie sans aucun risque. Des dispositions spéciales seront prises chez un homme qui a le SIDA. Remettre à plus tard l'intervention si l'homme souffre actuellement d'une maladie opportuniste liée au SIDA. | |
| **Spermicides** (y compris quand ils sont utilisés avec le diaphragme ou la cape cervicale) | Peut utiliser sans risque les spermicides. | Ne devrait pas utiliser les spermicides si exposée à un risque élevé de VIH, infectée par le VIH ou a le SIDA | Ne devrait pas utiliser de spermicides. |

## Cancer du col

### *Qu'est un cancer du col ?*

Le cancer du col provient d'une croissance incontrôlée et non traitée de cellules anormales sur le col. Une infection sexuellement transmissible, le virus du papillome humain (VPH) est l'agent étiologique qui provoque la croissance de ces cellules.

VPH se trouve sur la peau des parties génitales, dans le sperme et également sur les tissus du vagin, du col et de la bouche. Il est principalement transmis par le contact peau à peau. Les relations sexuelles par voie vaginale, anale et orale, peuvent propager le VPH. Sur les 50 types de VPH qui peuvent infecter le col, 6 d'entre eux représentent pratiquement tous les cancers du col. D'autres types de VPH causent des ulcérations génitales.

D'après les estimations, 50 % à 80 % des femmes sexuellement actives sont infectées par le VPH au moins une fois pendant leur vie. Dans la plupart des cas, l'infection du VPH disparaît d'elle-même. Par contre, chez certaines femmes le VPH persiste et provoque des croissances pré cancéreuses qui peuvent se transformer en cancer. En général, moins de 5 % de toutes les femmes avec une infection persistante du VPH contracteront un cancer du col.

Un cancer du col met généralement 10 à 20 ans à se développer et, par conséquent, il existe une longue période pour le dépister et traiter les changements et les croissances pré-cancéreuses avant qu'elles ne se déclarent en cancer. Tel est effectivement le but du dépistage du cancer du col.

### *Qui est exposée au plus grand risque ?*

Certains facteurs font qu'une femme est plus susceptible d'être infectée par le HPV. D'autres aident l'infection HPV à progresser plus rapidement en cancer du col. Une femme qui a l'une quelconque de ces caractéristiques aura tout à gagner d'un dépistage :

- Qui a commencé à avoir des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans
- Qui a de nombreux partenaires sexuels maintenant ou au fil des ans
- Qui a un partenaire sexuel qui a ou qui a eu un grand nombre de partenaires sexuels
- Qui a eu de nombreux accouchements ; plus une femme a eu d'accouchements, plus le risque est élevé
- Qui a un faible système immunitaire (y compris les femmes vivant avec le VIH/SIDA)
- Qui fument des cigarettes
- Qui brûlent du bois à l'extérieur (pour faire la cuisson)
- Qui a eu d'autres infections sexuellement transmissibles
- Qui a utilisé des contraceptifs oraux combinés pendant plus de 5 ans

## *Dépistage et traitement*

Le dépistage du cancer du col est facile, rapide et n'est généralement pas douloureux. L'étude des frottis vaginaux consiste à prélever quelques cellules sur le col puis à les examiner au microscope. Une femme devra se rendre au centre de santé pour obtenir les résultats ainsi qu'un traitement en cas d'anomalies.

Avant que les précancers ne se transforment en cancer, les cellules peuvent être traitées par cryothérapie. Elle détruit les cellules en les gelant. La chirurgie au laser ou la technique LEEP (technique d'excision électrochirurgicale à l'anse) détruit les cellules en les brûlant ou en les pulvérisant à l'aide d'une anse diathermique. La congélation est moins efficace pour des croissances plus grandes mais LEEP demande l'utilisation d'énergie électrique et une formation plus poussée. Ni l'un ni l'autre type de traitement ne demande un séjour hospitalier.

Le traitement du cancer du col suppose une chirurgie ou un traitement par radiation, parfois de pair avec une chimiothérapie.

## *De nouvelles approches prometteuses de dépistage et de prévention*

Une autre option que les frottis vaginaux est à l'étude actuellement. Du vinaigre ou de l'iode de Lugol est passé sur le col pour que les cellules anormales deviennent visibles. Cela permet un traitement immédiat s'il est nécessaire.

En 2006, l'Union Européenne et l'Administration des Etats-Unis pour l'alimentation et les médicaments ont approuvé le premier vaccin contre le cancer du col, le précancer et les verrues génitales. Le vaccin protège contre l'infection causée par 4 types de VPH qui représentent environ 70 % de tous les cancers du col et d'après les estimations, 90 % de toutes les verrues génitales. Il a été approuvé aux fins d'utilisation chez des femmes âgées de 9 à 26 ans.

# Questions et réponses sur les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH

1. **Est-ce que le fait d'avoir contracté une autre IST expose une personne à un risque accru d'infections si elle est exposée au VIH ?**
   Oui. En particulier les infections qui causent des plaies sur les parties génitales, par exemple le chancre et la syphilis, augmentent le risque que court une personne d'être infectée par le VIH si elle est exposée à ce virus. D'autres IST peuvent également augmenter le risque de contracter l'infection à VIH.

2. **Est-ce que l'utilisation du préservatif, uniquement à certains moments, confère une protection contre les IST y compris le VIH ?**
   Pour qu'il offre la meilleure protection, un préservatif doit être utilisé lors de chaque rapport sexuel. Par ailleurs, l'utilisation occasionnelle peut quand même être protectrice. Par exemple, si une personne a un partenaire régulier et fidèle et que cette personne a un seul rapport sexuel à l'extérieur de la relation, l'utilisation du préservatif pour ce simple acte lui confèrera une grande protection. Pour les personnes qui sont exposées fréquemment aux IST, y compris au VIH, l'emploi irrégulier du préservatif ne confèrera qu'une protection limitée.

3. **Qui court le plus de risque d'être infecté par une IST – les hommes ou les femmes ?**
   Si elles sont exposées aux IST, les femmes sont plus susceptibles d'être infectées que les hommes suite à des facteurs biologiques. Les femmes ont une zone plus grande d'exposition (le col et le vagin) que les hommes, et de petites déchirures peuvent survenir sur les tissus vaginaux lors du rapport sexuel, facilitant ainsi l'entrée de l'infection.

4. **Est-ce que le VIH peut être transmis en prenant quelqu'un dans ses bras ? En lui donnant la main ? Par les piqûres de moustiques ?**
   Le VIH ne peut pas être transmis par un contact ordinaire, par exemple par un baiser sur la bouche fermée, en se prenant dans les bras, en se serrant la main, en partageant la nourriture ou en s'asseyant sur le siège des toilettes. Le virus ne peut pas survivre longtemps à l'extérieur du corps humain. Les moustiques ne peuvent pas non plus transmettre le VIH.

5. **Y a-t-il du vrai dans les rumeurs qui disent que les préservatifs sont recouverts du VIH**
   Non, ces rumeurs sont fausses. Certains préservatifs comportent un matériel humide comme de la poudre, par exemple des spermicides, mais cela sert à les lubrifier.

6. **Est-ce que le fait d'avoir des rapports sexuels avec une vierge vous guérit d'une IST y compris du VIH ?**
   Non. De fait, cette pratique risque uniquement d'infecter la personne qui n'a pas encore eu de rapports sexuels.

7. **Est-ce que le fait de se laver le pénis ou le vagin après les rapports sexuels diminue le risque de contracter une IST ?**
Une bonne hygiène génitale est importante. Par ailleurs, rien ne nous prouve que le fait de se laver les parties génitales, prévienne les IST. De fait, les douches vaginales augmentent le risque de contracter des IST y compris le VIH, ainsi que l'inflammation pelvienne. Si on a été exposé au VIH, c'est le traitement avec des médicaments antirétroviraux (prophylaxie post exposition) qui aide à diminuer la transmission du VIH. En cas d'exposition à un autre IST, un prestataire peut traiter avec présomption ces IST, c'est-à-dire traiter le client ou la cliente comme si elle ou il a été infecté(e).

8. **Est-ce qu'une grossesse expose une femme au risque accru de contracter l'infection à VIH ?**
Les faits actuels sont contradictoires. On ne sait pas si la grossesse augmente les risques d'infection d'une femme si elle est exposée au VIH. Par ailleurs, si elle contracte l'infection à VIH pendant la grossesse, les risques de transmettre le VIH à son bébé pendant la grossesse et l'accouchement, seront les plus élevés puisqu'elle aura un niveau élevé de virus dans son corps. Par conséquent, il est important que les femmes enceintes se protègent contre le VIH et autres IST, en utilisant des préservatifs, en restant mutuellement fidèles ou en s'abstenant. Si une femme enceinte pense qu'elle pourrait avoir le VIH, elle devrait passer un test de dépistage du VIH. Peut-être existe-t-il des ressources qui l'aideront à prévenir la transmission du VIH à son bébé pendant la grossesse et l'accouchement.

9. **Est-ce que la grossesse est particulièrement risquée pour les femmes vivant avec le VIH, le SIDA et leurs bébés ?**
La grossesse n'aggrave pas l'état de la femme. Le VIH/SIDA pourrait par ailleurs augmenter certains risques lors de la grossesse et avoir des répercussions sur la santé du bébé. Les femmes vivant avec le VIH courent un risque élevé d'être anémiques et de contracter des infections après un accouchement par voie basse ou une césarienne. Le niveau de risque dépend de facteurs se rapportant à la santé de la femme lors de la grossesse, à sa nutrition et aux soins médicaux qu'elle obtient. Par ailleurs, le risque d'avoir ces problèmes de santé augmente au fur et à mesure qu'évolue l'infection à VIH et qu'elle se transforme en SIDA. De plus, les femmes vivant avec le VIHL/SIDA courent le risque le plus élevé d'avoir une naissance prématurée, des mort-nés et des bébés avec une insuffisance pondérale à la naissance.

10. **Est-ce que l'utilisation de la contraception hormonale augmente le risque de contracter l'infection à VIH ?**
Les meilleures preuves à ce propos sont rassurantes. En effet, des études récentes, parmi les clientes de la planification familiale en Ouganda et au Zimbabwe, et des femmes dans le cadre d'une étude faite en Afrique du Sud, constatent que les utilisatrices du DMPA, du NET-EN ou des contraceptifs oraux combinés, n'étaient pas plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les femmes utilisant des méthodes non hormonales. L'utilisation de méthodes hormonales n'est pas limitée aux femmes exposées à un risque élevé de contracter le VIH ou d'autres IST.

### 11. Dans quelle mesure les préservatifs aident à protéger contre l'infection à VIH ?

En moyenne, les préservatifs ont une efficacité de 80 % à 95 % pour protéger les gens contre l'infection à VIH s'ils sont utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel. Cela signifie que l'emploie du préservatif prévient 80 % à 95 % des transmissions du VIH qui seraient survenus sans le préservatif. (Cela ne signifie pas que 5 % à 20 % des utilisateurs du préservatif seront infectés par le VIH). Par exemple, pour 10 000 femmes non infectées dont les partenaires ont le VIH, si chaque couple a des rapports sexuels par voie vaginale juste une fois et n'a aucun facteur risque supplémentaire de contracter l'infection, en moyenne :

- Si toutes les 10 000 n'utilisaient pas de préservatifs, environ 10 femmes risquent probablement de devenir infectées par le VIH;
- Si toutes les 10 000 utilisaient correctement les préservatifs, une ou deux femmes risquent probablement de devenir infectées par le VIH.

Les risques qu'une personne qui est exposée au VIH contracte l'infection, peuvent varier grandement. Ces changements dépendent du stade de l'infection à VIH du partenaire (les stades précoces et tardifs sont plus infectieux), de l'éventuelle exposition de la personne à d'autres IST (augmente la susceptibilité), du statut de circoncision de l'homme (les hommes non circoncis sont plus susceptibles de contracter l'infection à VIH), et de la grossesse (les femmes qui sont enceintes pourraient être exposées à un risque plus élevé de contracter l'infection). En moyenne, les femmes sont exposées à deux fois plus de risques de contracter l'infection si elles sont exposées, que les hommes.

CHAPITRE 22

# Santé maternelle et néonatale

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

- **Attendre jusqu'à ce que l'enfant le plus jeune ait au moins 2 ans avant d'essayer de tomber à nouveau enceinte.** L'espacement des naissances est bon pour la santé de la mère et du bébé.
- **Se rendre à la première consultation prénatale dans les 12 premières semaines de la grossesse.**
- **Planifier à l'avance l'utilisation de la planification familiale après l'accouchement.**
- **Se préparer à l'accouchement.** Se donner un plan pour un accouchement normal et un plan pour les urgences.
- **Allaiter pour avoir un bébé en bonne santé.**

Un grand nombre de prestataires de soins de santé voient des femmes qui souhaitent tomber enceintes, qui sont enceintes ou qui viennent d'accoucher récemment. Les prestataires peuvent aider les femmes à planifier les grossesses, à planifier la contraception après l'accouchement, à se préparer à la naissance et à prendre soin de leur bébé.

## Planifier la grossesse

Une femme qui souhaite avoir un enfant devra recevoir des conseils sur les préparatifs à faire pour une grossesse et un accouchement sans risque et pour avoir un bébé en bonne santé :

- Il vaut mieux attendre au moins 2 ans après la naissance avant d'arrêter la contraception pour tomber enceinte.
- Au moins 3 mois avant d'arrêter la contraception pour tomber enceinte, une femme devrait faire attention à manger un régime alimentaire équilibré et à continuer de le faire tout au long de la grossesse.
  – L'acide folique et le fer sont particulièrement importants. L'acide folique se trouve dans les légumes (haricots, lentilles et petits pois), les agrumes, les céréales entières et les légumes à feuilles vertes. Des comprimés d'acide folique peuvent également être disponibles.

– Le fer se trouve dans la viande et la volaille, le poisson, les légumes à feuilles vertes et les légumes secs. Des comprimés de fer peuvent également être disponibles.

- Si une femme a été exposée ou risque d'avoir été exposée à une infection sexuellement transmissible (IST), dont le VIH, le traitement peut réduire les risques que son enfant naisse avec l'infection. Si une femme pense qu'elle a été exposée au risque d'être infectée, elle devrait consulter les services de dépistage s'ils sont disponibles.

# Pendant la grossesse

La première consultation prénatale devrait se faire en début de grossesse, dans l'idéal avant la 12ème semaine. Pour la plupart des femmes, 4 visites lors de la grossesse suffiront. Celles souffrant de certaines affections médicales ou connaissant des complications de la grossesse, auront probablement besoin d'un plus grand nombre de consultations. Leur fournir les soins ou les orienter vers les consultations prénatales.



## Promotion de la santé et prévention des maladies

- Donner des conseils aux femmes sur une bonne nutrition et la consommation d'aliments qui contiennent du fer, de l'acide folique, de la vitamine A, du calcium et de l'iode et leur recommander d'éviter le tabac, l'alcool et les médicaments (sauf ceux recommandés par un prestataire de soins).
- Aider les femmes enceintes à se protéger contre les infections.
  – si elle est exposée au risque de contracter une IST, discuter de l'utilisation de préservatif ou de l'abstinence pendant la grossesse (voir Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, p. 275).
  – Vérifier que les femmes enceintes sont immunisées contre le tétanos.
  – Pour prévenir ou traiter l'anémie dans les régions où l'ankylostome est courant, fournir un traitement (antihelminthique) après le premier trimestre.
- Aider les femmes enceintes à protéger leur bébé contre les infections.
  – faire un test de dépistage de la syphilis aussitôt que possible pendant la grossesse et traiter si nécessaire.
  – Offrir test de dépistage et conseils du VIH.
- Les femmes enceintes sont particulièrement susceptibles au paludisme. Distribuer des moustiquaires imprégnés aux insecticides pour la prévention du paludisme et un traitement antipaludique efficace, à chaque femme enceinte, dans les régions où le paludisme est très répandu, qu'un diagnostique du paludisme ait été établi ou non (traitement de prévention). Suivre les femmes enceintes pour dépister les cas de paludisme et fournir un traitement immédiat en cas de confirmation.

## Planification familiale après l'accouchement

Aider les femmes enceintes et les nouvelles mères à décider des mesures qu'elles peuvent prendre pour éviter une grossesse après une naissance. Les conseils en matière de planification familiale devraient déjà être donnés lors des consultations prénatales.

- Il vaut mieux attendre que le bébé ait au moins 2 ans avant qu'une femme n'essaie à nouveau de tomber enceinte, c'est mieux pour la santé du bébé et de la mère.
- Une femme qui ne pratique pas l'allaitement maternel complet ou quasi complet, peut tomber enceinte dès 4 à 6 semaines après l'accouchement.
- Une femme qui pratique l'allaitement maternel complet ou quasi complet peut tomber à nouveau enceinte dès 6 mois du post-partum (voir Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, p. 257).
- Pour une protection maximale, une femme ne devrait pas attendre son retour de couches pour démarrer une méthode contraceptive, mais elle devrait démarrer comme indiqué (voir Moment le plus tôt où une femme peut démarrer une méthode de planification familiale après l'accouchement, p. 293).

## Se préparer à l'accouchement et aux complications

Des complications pouvant s'avérer fatales se présentent pour environ 15% des grossesses, et toutes ces femmes ont besoin de soins immédiats. Si la plupart des complications ne peuvent pas être prévues, les prestataires n'en peuvent pas moins aider les femmes et leur famille à prendre les préparatifs nécessaires.

- Aider les femmes à prendre des arrangements nécessaires pour des soins qualifiés à l'accouchement et vérifier qu'elles savent comment contacter le prestataire qualifié, dès les premiers signes du travail.
- Expliquer les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement aux femmes et à leur famille (voir ci-dessous).
- Aider la femme et sa famille à planifier en cas de complication : comment pourra-t-elle arriver jusqu'à l'hôpital ? Où se rendra-t-elle ? Qui l'emmènera ? Quel moyen de transport utilisera-t-elle ? Comment payera-t-elle pour l'aide médicale ? Y a-t-il des personnes prêtes à donner de leur sang ?



### Signes de dangers pendant la grossesse et l'accouchement

Si l'un quelconque des signes ci-après se présente, la famille devrait suivre le plan d'urgence et emmener immédiatement la femme au service d'urgence.

- Fièvre (38° C/101° F ou plus élevée)
- Ecoulements malodorants du vagin
- Graves maux de tête/vision trouble
- Mouvements fœtaux qui diminuent ou cessent
- Liquide vert ou brun qui s'écoule du vagin
- Tension artérielle élevée
- Saignement vaginal
- Difficultés à respirer
- Convulsions et évanouissement
- Vives douleurs abdominales

# Après l'accouchement

- Coordonner les visites de planification familiale et les vaccinations du nourrisson.
- L'allaitement maternel optimal offre une triple valeur : amélioration importante de la survie et de la santé de l'enfant, meilleure santé pour les mères et contraception temporaire. Par ailleurs, il vaut mieux allaiter, même si c'est partiellement plutôt que de ne pas allaiter du tout (sauf si une femme vit avec le VIH). Voir Prévention de la transmission mère à enfant du VIH, p. 294.

## Directives pour le meilleur allaitement maternel

1. **Commencer à allaiter le nouveau-né dès que possible, dans l'heure qui suit l'accouchement**
   - Stimule les contractions utérines qui aident à prévenir des hémorragies.
   - Aide le bébé à apprendre à téter de suite, ce qui stimule la production de lait.
   - Le colostrum, lait jaunâtre produit pendant les premiers jours après l'accouchement, apporte des nutriments importants à l'enfant et transfert des immunités de la mère à l'enfant.
   - Evite que le bébé ne soit contaminé par d'autres liquides ou aliments.
2. **Allaitement maternel complet ou quasi complet pendant 6 mois**
   - le lait de la mère à lui seul peut nourrir pleinement un bébé pendant les 6 premiers mois de sa vie.
3. **A 6 mois, ajouter d'autres aliments au lait maternel**
   - Après 6 mois, les bébés ont besoin d'une variété d'aliments en plus du lait maternel.
   - Lors de chaque repas, donner le sein avant les autres aliments.
   - L'allaitement maternel peut et devrait continuer jusqu'à la 2e année et au-delà.

## Moment le plus tôt où une femme peut commencer une méthode de planification familiale après l'accouchement

| Méthode de planification familiale | Allaitement complet ou quasi complet | Allaitement maternel partiel ou pas d'allaitement |
|---|---|---|
| **Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée** | Immédiatement | (Non applicables) |
| **Vasectomie** | Immédiatement ou lors de la grossesse de la partenaire‡ | |
| **Préservatifs masculins ou féminins** | Immédiatement | |
| **Spermicides** | | |
| **DIU au cuivre** | Attendre 48 heures, sinon attendre 4 semaines | |
| **Stérilisation féminine** | Dans les 7 jours sinon attendre 6 semaines | |
| **DIU au lévonorgestrel** | 4 semaines après l'accouchement | |
| **Diafragma** | 6 semaines après l'accouchement | |
| **Méthodes de connaissance de la fécondité** | Démarrer lorsque les sécrétions normales sont revenues (pour les méthodes basées sur les symptômes) ou lorsqu'elle a eu 3 cycles menstruels réguliers (pour les méthodes basées sur le calendrier). Ce sera plus tard pour les femmes qui allaitent que pour celles qui n'allaitent pas. | |
| **Pilules progestatives** | 6 semaines après l'accouchement§ | Immédiatement si elle n'allaite pas§<br>6 semaines après l'accouchement si elle pratique l'allaitement partiel§ |
| **Injectables progestatifs** | | |
| **Implants** | | |
| **Contraceptifs oraux combinés** | 6 mois après l'accouchement§ | 21 jours après l'accouchement si elle n'allaite pas§.<br>6 semaines après l'accouchement si elle allaite partiellement§ |
| **Injectables mensuels** | | |
| **Patch combiné** | | |
| **Anneau vaginal combiné** | | |

‡ *Si un homme a une vasectomie pendant les 6 premiers mois de la grossesse de sa partenaire, la vasectomie sera efficace au moment où elle accouche.*

§ *Généralement l'utilisation plus précoce n'est pas recommandée, à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient ni disponibles, ni acceptables.*

## Prévention de la transmission du VIH mère à enfant

Une femme infectée par le VIH peut transmettre le VIH à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou par le biais du lait maternel. Un traitement préventif antirétroviral (prophylaxie) donné à la mère pendant la grossesse et le travail, diminuent les risques que son bébé soit infecté pendant qu'il se développe dans l'utérus ou au moment de l'accouchement. Le traitement antirétroviral pour la mère, si elle en a besoin pour sa propre santé, diminue également les risques de transmission du VIH par le biais du lait maternel.

***Comment les prestataires de la planification familiale peuvent-ils aider à prévenir la transmission mère à enfant du VIH ?***

- *Aider les mères à éviter l'infection à VIH* (voir Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, Prévention des infections sexuellement transmissibles, p. 280).
- *Prévenir les grossesses non souhaitées :* Aider les femmes qui ne veulent pas d'enfants à choisir une méthode contraceptive qu'elles peuvent utiliser efficacement.
- *Apporter des services de conseils et dépistage du VIH :* Proposer si possible à toutes les femmes enceintes de subir le test de dépistage, ou les orienter vers les services qui réalisent un dépistage du VIH, pour qu'elles puissent se mettre au courant de leur statut VIH.
- *Orienter :* Orienter les femmes vivant avec le VIH et qui sont enceintes ou qui souhaitent tomber enceintes, vers les services de prévention de la transmission mère à enfant.
- *Encourager une alimentation appropriée du nourrisson :* Donner des conseils aux femmes vivant avec le VIH sur les pratiques sans risque d'alimentation du nourrisson, pour réduire le risque de transmission et pour les aider à formuler un plan d'alimentation. Si c'est possible, les orienter vers une personne formée pour donner des conseils sur l'alimentation du nourrisson.
  - Une femme avec le VIH devrait choisir l'option d'alimentation qui répond le mieux à sa situation. Si l'alimentation de remplacement est acceptable, faisable, abordable, durable et sans risque, elle devra éviter d'allaiter.
  - Si l'alimentation de remplacement ne répond pas à ces conditions, une femme vivant avec le VIH devrait allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois. L'alimentation mixte, c'est-à-dire donner au bébé du lait maternel ainsi que d'autres liquides ou aliments, est plus dangereuse que l'allaitement exclusif.
  - Pour diminuer encore davantage le risque de transmission, les mères vivant avec le VIH qui veulent passer à l'alimentation de remplacement, devraient éviter une période prolongée d'alimentation mixte. C'est en arrêtant d'allaiter sur une période de 2 jours à 3 semaines qu'on réduit le plus le risque de transmission du VIH.

– Pour détruire le VIH dans le lait maternel, extraire le lait, puis le chauffer à la chaleur avant de le donner au bébé : chauffer le lait jusqu'à ce qu'il arrive au point d'ébullition dans une petite casserole, et ensuite le laisser refroidir en le mettant de côté ou en mettant la casserole dans de l'eau froide, ce qui permet de refroidir plus rapidement le lait.
– Les femmes vivant avec le VIH et qui allaitent ont besoin de conseils pour continuer à se nourrir de manière adéquate et pour soigner leurs seins. L'infection des glandes mammaires du sein (mastite) une poche de pus sous la peau (abcès du sein), et des mamelons craquelés augmentent le risque de transmission du VIH. Si un tel problème se présente, il est important d'en prendre soin rapidement (voir Mamelons endoloris ou craquelés, p. 296).

## Prise en charge des problèmes liés à l'allaitement

Si une cliente indique un de ces problèmes courants, écouter ses préoccupations et lui donner des conseils.

### Le bébé ne reçoit pas suffisamment de lait

- Rassurer la mère et lui indiquer que la plupart des femmes arrivent à produire une quantité suffisante de lait maternel pour nourrir le bébé.
- Si le nouveau-né prend plus de 500 grammes par mois, pèse à 2 semaines plus qu'à la naissance, ou urine au moins 6 fois par jour, la rassurer et lui dire que son bébé reçoit suffisamment de lait maternel.
- Lui recommander d'allaiter son bébé environ toutes les deux heures pour augmenter la fourniture de lait.
- Lui recommander de réduire l'apport d'aliments et/ou liquides supplémentaires si le bébé a moins de 6 mois.

### Seins endoloris

- Si ses seins sont pleins, serrés et douloureux, elle pourrait avoir des seins engorgés. Si un sein a des masses sensibles, elle pourrait avoir des canaux bloqués. Les seins engorgés ou canaux bloqués peuvent devenir par la suite des seins infectés rouges et sensibles. Il faut traiter les seins infectés avec des antibiotiques en fonction des directives du centre de santé. Lui donner les conseils suivants :
  – Continuer à allaiter souvent
  – Masser les seins avant et pendant l'allaitement maternel
  – Appliquer de la chaleur ou une compresse chaude sur les seins
  – Essayer différentes positions pour allaiter le bébé
  – Vérifier que le bébé est positionné correctement au sein
  – Extraire une certaine quantité de lait avant d'allaiter

## Mamelons douloureux ou craquelés

- Si ses mamelons sont craquelés, elle peut continuer à allaiter. La rassurer et lui indiquer que cela guérira avec le temps.
- Lui donner les conseils suivants :
  - Appliquer des gouttes de lait maternel sur les mamelons après avoir allaité et laisser sécher à l'air.
  - Après avoir donné le sein, utiliser un doigt pour arrêter la succion avant de retirer le bébé du sein.
  - Ne pas attendre que le sein soit rempli pour allaiter. S'il est rempli, extraire d'abord une petite quantité de lait.
- Lui apprendre le bon positionnement du bébé et lui montrer comment elle peut contrôler si le bébé est positionné correctement.
- Lui indiquer de nettoyer ses mamelons uniquement avec de l'eau une fois par jour et éviter les savons et solutions à base d'alcool.
- Examiner ses mamelons ainsi que la bouche et les fesses du bébé pour noter les éventuels signes d'infection fongique (muguet).

# Questions de santé de la reproduction

## Points-clé pour les prestataires et les clientes

*Soins post-avortement*

- **La fécondité revient rapidement en l'espace de quelques semaines après l'avortement ou la fausse couche.** Les femmes doivent commencer à utiliser une méthode de planification familiale presque immédiatement pour éviter une grossesse non souhaitée.

*Violences à l'égard des femmes*

- **La violence n'est pas la faute de la femme.** C'est chose très courante. Des ressources locales d'aide sont peut-être disponibles.

*Infécondité*

- **Souvent l'infécondité ne peut pas être évitée.** Le fait d'éviter les infections sexuellement transmissibles et de recevoir un traitement rapide pour ces infections et d'autres infections de la voie génitale, permet de réduire le risque d'infécondité.

## Planification familiale dans le cadre des soins après l'avortement

Les femmes qui viennent d'être traitées pour des complications liées à l'avortement ont besoin d'un accès facile et immédiat aux services de planification familiale. Lorsque ces services sont intégrés aux soins après l'avortement, qu'ils sont offerts immédiatement après l'avortement ou aussi rapidement que possible, les femmes sont plus susceptibles d'utiliser la contraception lorsqu'elles sont à nouveau exposées au risque d'une grossesse non souhaitée.

# Aider les femmes à obtenir la planification familiale

## *Conseiller avec compassion*

Une femme qui a souffert de complications liées à l'avortement a besoin de se sentir soutenue. Une femme qui est exposée au double risque d'une grossesse et d'un avortement provoqué à risque aura tout spécialement besoin d'aide et de soutien. De bons conseils permettent de soutenir une femme qui vient d'être traitée pour des complications liées à l'avortement. Il est important de :

- Essayer de comprendre ce qu'elle vient de traverser
- La traiter avec respect et éviter tout jugement et critique
- Vérifier que l'entretien se déroule dans un cadre privé et intime
- Lui demander si elle souhaite que quelqu'un à qui elle fait confiance soit présent pendant la séance

## *Apporter une information importante*

Une femme a des choix importants qu'elle devra prendre après avoir reçu les soins après l'avortement. Pour prendre les bonnes décisions sur sa santé et sa fécondité, elle devra être au courant des faits suivants :

- La fécondité revient rapidement – dans les 2 semaines après un avortement ou une fausse couche du premier trimestre et dans les 4 semaines après un avortement ou une fausse couche du second trimestre. Aussi, a-t-elle besoin de protection contre la grossesse presque immédiatement.
- Elle peut choisir parmi différentes méthodes de planification familiale qu'elle pourra commencer à utiliser de suite (voir page suivante). Les méthodes que les femmes ne devraient pas utiliser immédiatement après un accouchement, ne posent pas de risques spéciaux après le traitement au cours des complications liées à l'avortement.
- Elle peut attendre de choisir un contraceptif qu'elle voudra utiliser continuellement, mais elle doit envisager une méthode* d'appoint en attendant, si elle a des rapports sexuels. Si une femme décide de ne pas utiliser les contraceptifs pour le moment, les prestataires pourront lui donner des informations sur les méthodes disponibles et l'endroit où elle peut les obtenir. De plus, les prestataires peuvent lui remettre des préservatifs, des contraceptifs oraux, ou la pilule contraceptive d'urgence qu'elle pourra emporter chez elle et utiliser par la suite.
- Pour éviter l'infection, elle doit éviter les rapports sexuels jusqu'à ce que les saignements s'arrêtent – environ 5 à 7 jours. Si elle est traitée pour une infection ou une blessure vaginale cervicale, elle doit attendre jusqu'à ce qu'elle soit entièrement guérie avant d'avoir à nouveau des rapports sexuels.
- Si elle souhaite tomber à nouveau enceinte sous peu, l'encourager à attendre. Si elle attend au moins 6 mois, cela diminue les risques d'insuffisance pondérale à la naissance, de prématurité ou d'anémie maternelle. Une femme qui obtient des soins après avortement, aura probablement besoin d'autres services de santé de la reproduction. Le prestataire peut également l'aider à soupeser le risque d'une éventuelle exposition à des infections sexuellement transmissibles.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins ou féminins, les spermicides et le retrait. Elle peut utiliser les spermicides si elle n'a pas de blessures vaginales ou cervicales. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives les moins efficaces. Si c'est possible, lui remettre des préservatifs.*



## *Quand commencer les méthodes contraceptives*

- Les contraceptifs oraux combinés, la pilule progestative, les injectables progestatifs, les injectables mensuels, le patch combiné, les implants, les préservatifs masculins, les préservatifs féminins et le retrait peuvent être démarrés immédiatement dans chaque cas, même si la femme a une blessure de la voie génitale ou une infection possible confirmée.
- Le DIU, la stérilisation féminine et les méthodes de connaissance de la fécondité pourront être démarrés une fois que l'infection est écartée ou guérie.
- Les DIU, l'anneau vaginal combiné, les spermicides, les diaphragmes, les capes cervicales, la stérilisation féminines et les méthodes de connaissance de la fécondité peuvent être démarrés dès qu'est guérie la blessure de la voie génitale.

Aspects spéciaux à envisager :

- La pose du *DIU* immédiatement après un avortement du second trimestre doit être réalisée par un prestataire qui a suivi une formation spéciale.
- La *stérilisation féminine* doit être décidée à l'avance et non pas lorsqu'une femme est sous sédation, sous stress ou avec des douleurs. La conseiller attentivement et ne pas oublier de mentionner les méthodes réversibles disponibles (voir Stérilisation féminine, parce que la stérilisation est permanente, p. 174).
- L'*anneau vaginal combiné, les spermicides, les diaphragmes* et *les capes cervicales* peuvent être utilisés immédiatement, même dans des cas de perforation utérine sans complication.
- Le *diaphragme* doit être réajusté après une fausse couche ou un avortement du premier trimestre sans complication. Après une fausse couche ou un avortement du second trimestre sans complication, l'utilisation sera retardée de 6 semaines pour que l'utérus puisse reprendre sa taille normale et ensuite le diaphragme est réajusté.
- *Méthodes de connaissance de la fécondité* : Une femme peut démarrer des méthodes basées sur les symptômes une fois que s'arrêtent les sécrétions liées à l'infection, les saignements dues aux blessures du tractus génital. Elle peut démarrer les méthodes basées sur le calendrier lors de ses prochaines règles si elle n'a pas de saignement imputable à la lésion ou aux blessures du tractus génital.

# Violence contre les femmes

Probablement que chaque prestataire de planification familiale rencontre de nombreuses femmes qui ont fait l'objet d'un acte de violence. De partout existe la violence contre les femmes, et dans certains endroits c'est même très courants. Dans le cadre d'une étude récente de 10 pays, plus d'une femme sur 10 et jusqu'à 7 femmes sur 10 ont indiqué qu'elles avaient été victimes d'une violence physique ou sexuelle pendant leur vie. La violence physique emprunte de nombreux comportements : frapper, gifler, donner des coups de pied ou battre quelqu'un. La violence sexuelle concerne le contact ou l'attention sexuelle non souhaitée, les rapports sexuels forcés (viol). La violence à l'égard des femmes peut également être de nature psychologique, par exemple un comportement dominateur, l'intimidation, l'humiliation, isoler la femme de sa famille et de ses amis ou restreindre son accès aux ressources.

Les femmes qui sont victimes d'un acte de violence ont des besoins spéciaux sur le plan santé, dont un grand nombre concerne la santé sexuelle et reproductive. La violence peut aboutir à de nombreux problèmes de santé dont des blessures, une grossesse non souhaitée, les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH, la diminution du souhait sexuel, les douleurs pendant les rapports sexuels et la douleur pelvienne chronique. Pour certaines femmes, la violence peut commencer ou s'aggraver pendant la grossesse et cela expose également au risque son fœtus. Par ailleurs, la violence ou menace de violence de la part d'un homme empêchera une femme d'exercer son droit de prendre sa propre décision quant à l'utilisation de la planification familiale et la méthode de son choix. Aussi, les prestataires des soins de santé de la reproduction sont-ils bien plus susceptibles que les autres prestataires d'avoir pour patientes des femmes qui ont été maltraitées.

## Que peuvent faire les prestataires ?

1. **Aider les femmes à se sentir bienvenues, en sécurité et libres de parler.** Il faut que les femmes se sentent à l'aise pour s'exprimer librement d'un problème personnel comme la violence. Il faut garantir le caractère privé de cette visite.

   Donner à la femme l'occasion de parler de la violence, lui demander ce que pense son partenaire de la planification familiale : pense-t-elle qu'elle aura des problèmes à utiliser la méthode qu'elle a choisie ? Lui demander tout simplement s'il y a quelque chose d'autre dont elle aimerait discuter.

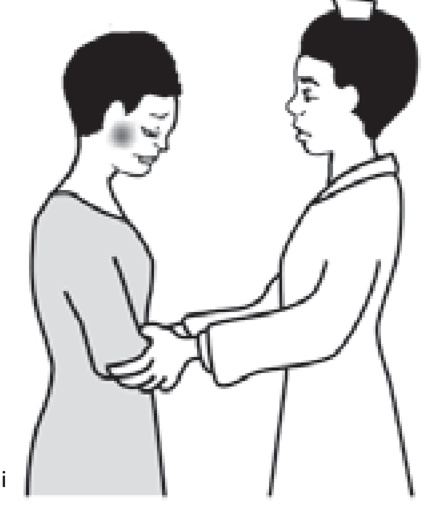
2. **Demander à la femme si elle a été maltraitée lorsqu'on soupçonne un acte de violence.** La plupart des femmes ne vous diront pas si elles ont subi un acte de violence, mais la plupart parleront si on leur pose des questions à ce propos. Seuls des prestataires qui ont reçu une bonne formation sur la prise en charge de la violence devront poser des questions à ce propos à toutes les clientes. Par ailleurs, il est capital de poser ces questions en privé, et de vérifier qu'il existe des ressources pour prendre les dispositions qui s'imposent dans le cas d'un acte de violence. Autrement si ces conditions n'existent pas, les prestataires demanderont uniquement s'ils soupçonnent un acte de violence, gardant ainsi les ressources pour celles qui ont besoin de soins immédiats.

Faire attention aux symptômes, aux blessures ou signes qui suggèrent une violence. Les prestataires pourront soupçonner un acte de violence lorsque la dépression, l'angoisse, les maux de tête chroniques, les douleurs pelviennes ou de vagues douleurs d'estomac ne s'améliorent pas avec le traitement. Autre signe de violence : lorsque le récit de la cliente quant à ce qui est arrivé ne correspond pas aux types de blessures qu'elle a. On soupçonnera un acte de violence devant toute blessure pendant la grossesse, surtout à l'abdomen ou aux seins.

Conseils pour aborder le sujet de la violence :

- Pour établir plus de confiance, expliquer pourquoi vous posez ces questions – parce que vous souhaitez l'aider.
- Utiliser des termes avec lesquels vous êtes à l'aise et qui correspondent le mieux à votre propre style.
- Ne pas poser ces questions si le partenaire ou autre personne est présente ou si l'on ne peut pas assurer le caractère privé de l'entretien.
- Vous pouvez dire, "la violence conjugale est un problème courant dans notre communauté, c'est la raison pour laquelle nous posons des questions à ce propos à nos clientes".
- Voici le type de questions que vous pouvez poser :
  - "Vos symptômes pourraient être dus au stress. Est-ce que vous et votre partenaire avez tendance à vous bagarrer souvent ? Vous a-t-il déjà fait mal, est-ce arrivé qu'il a levé la main" ?
  - "Est-ce que votre partenaire veut parfois avoir des relations sexuelles alors que vous ne le souhaitez pas ? Que se passe-t-il dans ces situations" ?
  - "Avez-vous peur de votre partenaire" ?

**3. Donner des conseils de manière amicale, sensible et sans porter de jugement.** De bons conseils ou prise en charge psychologique sont très importants pour les femmes qui vivent dans des relations violentes. Ils devront être adaptés aux circonstances particulières. Les femmes peuvent se trouver à différentes étapes. Elles sont plus ou moins prêtes à chercher un changement et cela influencera la manière dont elle accepte de l'aide. Certaines femmes ne seront pas prêtes à discuter de leur situation avec un prestataire de soins de santé. L'important n'est pas tant de savoir pour sûr si la cliente a connu un acte de violence, mais plutôt de traiter le problème avec compassion et de lui faire savoir qu'on se soucie d'elle.



- Si elle ne veut pas parler de la violence, lui indiquer que vous êtes disponible chaque fois qu'elle a besoin de vous. Montrez-lui quelles sont ses options et ses ressources, si elle devait en avoir besoin à l'avenir.

- Si elle est prête à parler de son expérience de la violence, vous pouvez :
  – Lui indiquer que cette conversation restera confidentielle et que personne ne parlera de sa situation. N'en parler d'ailleurs qu'à ceux qui doivent savoir, par exemple le personnel de sécurité et le faire uniquement avec la permission de la cliente.
  – Reconnaître son expérience. L'écouter, lui offrir votre aide et éviter de porter des jugements. Respecter sa capacité et son droit à prendre ses propres choix pour sa vie.
  – Essayer de soulager les sentiments de honte et de reproches qu'elle peut se faire à elle-même : personne n'a jamais mérité d'être frappé. "Vous n'avez pas mérité cette violence et ce n'est pas de votre faute".
  – Expliquer que la violence est un problème répandu : "Cela arrive à de nombreuses femmes" "Vous n'êtes pas seule et il existe de l'aide".
  – Expliquer que la violence ne s'arrêtera probablement pas d'elle-même : "La violence tend à continuer et souvent elle s'aggrave et survient plus souvent".

**4. Evaluer le danger immédiat dans lequel se trouve la femme, l'aider à se donner un plan de sécurité et l'orienter vers les ressources communautaires.** Si la femme se trouve dans un danger immédiat, l'aider à voir quelles sont ses diverses possibilités. S'il n'existe pas de danger immédiat, l'aider à se donner un plan à plus long terme.

- L'aider à évaluer sa situation actuelle :
  – "Est-ce qu'il se trouve avec vous à présent, dans le centre de santé " ?
  – "Est-ce que vous ou vos enfants, vous vous trouvez en danger à présent" ?
  – "Est-ce que vous pensez que vous pouvez rentrer en sécurité chez vous" ?
  – "Existe-t-il une amie ou un membre de la famille à domicile qui peut vous aider avec cette situation" ?
- L'aider à se protéger elle-même et ses enfants si la violence revient. Lui suggérer de garder un sac avec les documents importants et des vêtements pour qu'elle puisse partir rapidement en cas de besoin. Lui suggérer d'avoir un signal pour indiquer à ses enfants qu'ils doivent chercher de l'aide chez les voisins.
- Préparer et garder à jour une liste de ressources disponibles pour aider les victimes de la violence avec les services de police, services de conseils et organisations féminines qui peuvent apporter un soutien émotionnel, juridique et peut-être même financier. Remettre une copie de la liste à la cliente.

**5. Dispenser les soins appropriés.** Adapter vos soins et vos conseils aux circonstances de la femme.

- Traiter les blessures ou s'assurer qu'elle obtienne le traitement nécessaire.
- Evaluer le risque de grossesse et fournir une contraception d'urgence si elle le souhaite.
- Lui remettre des pilules contraceptives d'urgence qu'elle pourra utiliser à l'avenir (voir Pilules contraceptives d'urgence, p. 45).

- Si elle le souhaite, lui remettre une méthode contraceptive qu'elle peut utiliser sans que son partenaire s'en aperçoive, par exemple un injectable.
- Aider les femmes à réfléchir si elles peuvent proposer l'utilisation du préservatif sans s'exposer à d'autres actes de violence.
- Dans le cas d'un viol :
  - Collecter d'abord des échantillons qui pourraient servir de preuve (par exemple, vêtements déchirés ou tachés, cheveux et taches de sang ou de sperme).
  - Fournir ou orienter vers le test de dépistage et traitement pour le VIH et les IST. Certaines femmes auront probablement besoin de ces services de manière répétée.
  - Envisager une prophylaxie après l'exposition au VIH si disponible et un traitement de présomption pour la gonorrhée, les chlamydia, la syphilis et autres IST courantes localement.

6. **Documenter l'état de la femme.** Réunir attentivement les preuves des symptômes ou blessures de la femme, la cause des blessures et ses antécédents d'abus. Noter clairement l'identité de la personne qui a commis cette violence, sa relation avec les victimes et tout autre détail à son propos. Ces notes pourront être utiles pour un futur suivi médical et une action juridique si elle est prise.



# Infécondité

## Qu’est l’infécondité ?

L’infécondité est l’incapacité à avoir des enfants. Souvent, c’est à la femme qu’on le reproche et pourtant l’infécondité se présente tant chez les hommes que chez les femmes. En moyenne, l’infécondité touche un couple sur 10. Un couple est jugé inféconde après 12 mois de rapports sexuels non protégés sans grossesse. Un couple peut être inféconde que la femme ait été ou non enceinte par le passé.

Chez les couples sans problème d’infécondité, 95% des femmes tomberont enceintes en l’espace d’une année. En Moyenne, une grossesse survient après 3 à 6 mois de rapports sexuels non protégés. Toutefois, cette moyenne varie grandement d’un couple à l’autre.

La rupture d’une grossesse est une autre forme d’infécondité : une femme peut tomber enceinte, mais une fausse couche ou un mort-né empêche une naissance vivante.

### *Qu’est-ce qui cause l’infécondité ?*

Différents facteurs ou différentes conditions peuvent diminuer la fécondité :

- Maladies infectieuses (infections sexuellement transmissibles [IST], y compris le VIH, autres infections de la voie génitale ; oreillons qui se développent après la puberté chez les hommes)
- Problèmes anatomiques endocriniens, génétiques ou immunitaires.
- Un âge plus avancé
- Interventions médicales qui sont sources d’infections de la voie génitale supérieure d’une femme

Les IST sont une des grandes causes d’infécondité. Si elles ne sont pas traitées, la gonorrhée et les chlamydia peuvent infecter les trompes de Fallope, l’utérus et les ovaires. C’est ce qu’on appelle les inflammations pelviennes (MIP). Une MIP clinique est douloureuse mais parfois la MIP n’a pas de symptôme et ne sera pas remarquée (MIP silencieuse). La gonorrhée et les chlamydia peuvent causer des lésions ou tissus cicatriciels dans les trompes de Fallope, barrant le chemin aux ovules qui ne peuvent plus se déplacer dans les trompes pour rencontrer les spermatozoïdes. Les hommes peuvent avoir des lésions cicatricielles et obturations dans le canal déférent (épididymite) et l’urètre provenant d’une gonorrhée et des chlamydia (voir Anatomie féminine, p. 364, et Anatomie masculine, p. 367).

Il existe d’autres raisons de l’infécondité chez l’homme : incapacité naturelle, soit de produire du sperme ou pas suffisamment de sperme pour permettre une grossesse. Chose plus rare, les spermatozoïdes sont malformés et meurent avant d’atteindre un ovule. Chez les femmes, l’incapacité naturelle à tomber enceinte est souvent due à des trompes de Fallope bloquées ou à l’incapacité d’ovuler.

L’infécondité est également liée à l’âge. Plus une femme vieillit, plus sa capacité de tomber enceinte diminue naturellement. De plus en plus de faits viennent nous montrer que les hommes eux aussi, au fur et à mesure qu’ils vieillissent, produisent des spermatozoïdes qui sont moins capables de féconder un ovocyte.

Les infections du post-partum et après un avortement peuvent également être cause d'une MIP qui peuvent mener à l'infécondité. Cela survient quand les instruments chirurgicaux utilisés pour les interventions médicales ne sont pas désinfectés ou stérilisés correctement. Une femme peut également contracter une MIP si l'infection présente dans la voie génitale inférieure est amenée dans la voie génitale supérieur lors d'une intervention médicale.

## Prévenir l'infécondité

L'infécondité, contrairement à la stérilité, peut souvent être évitée. Les prestataires peuvent prendre les mesures suivantes :

- Conseiller les clientes sur la prévention des IST (Voir Infections sexuellement transmises, Prévention des infections sexuellement transmises, p. 280). Encourager les clientes à se faire traiter aussitôt qu'elles pensent être atteintes d'une IST ou peuvent y avoir été exposées.
- Traiter ou orienter les clientes avec des signes et symptômes d'IST et de MIP cliniques (voir Infection sexuellement transmissibles y compris le VIH, Symptômes des infections sexuellement transmissibles, p. 278). Le traitement de ces infections aide à préserver la fécondité.
- Eviter l'infection en respectant les bonnes mesures de prévention des infections lors d'interventions médicales où il faut passer des instruments du vagin dans l'utérus, par exemple la pose du DIU (voir Prévention de l'infection dans le centre de santé, p. 312).

### Les contraceptifs ne sont pas cause d'infécondité

- Il n'existe pas de retard dans le retour de la fécondité, une fois que l'on arrête d'utiliser la plupart des méthodes contraceptives. Le retour de la fécondité après les contraceptifs injectables prend généralement plus longtemps qu'avec la plupart des autres méthodes (voir Injectables progestatifs, Questions 6 et 7 p. 79, et Injectables mensuels, Questions 10 et 11, p. 100). Par la suite, les femmes qui ont utilisé les injectables sont aussi fécondes qu'elles l'étaient avant d'utiliser la méthode si l'on tient compte de l'âge.

- Chez les femmes avec une infection actuelle imputable à la gonorrhée les chlamydia, la pose du DIU augmente légèrement le risque de contracter une inflammation pelvienne pendant les 20 premiers jours après la pause. Par ailleurs, aucune recherche ne vient montrer que les anciennes utilisatrices du DIU sont plus susceptibles d'être infécondes que les autres femmes (voir DIU au cuivre, Question 4, p. 155).

## Conseiller les clientes avec des problèmes d'infécondité

Il est possible de donner des conseils aux deux partenaires ensemble. Souvent, les hommes reprochent aux femmes une infécondité pour laquelle ils sont eux-mêmes peut-être responsables. L'information suivante est donnée aux couples :

- Un homme est tout aussi susceptible d'avoir des problèmes d'infécondité qu'une femme. Il n'est pas toujours possible de trouver qui est infécond et quelle est la cause de l'infécondité.
- Essayer de tomber enceinte pendant 12 mois au moins avant de se préoccuper de l'infécondité.
- Le moment le plus fécond dans le cycle d'une femme se trouve à plusieurs jours avant et au moment où l'ovocyte est libéré de l'ovaire (voir Le cycle menstruel, p. 366). Leur suggérer d'avoir des rapports sexuels souvent à cette époque. Les méthodes de connaissance de la fécondité aident les couples à trouver quel est le moment le plus fécond de chaque cycle (voir Méthodes de connaissance de la fécondité, p. 239). Informer ou orienter si le couple souhaite essayer cette technique.
- Si après une année les suggestions ci-dessus n'ont pas abouti, envoyer les deux partenaires pour faire une évaluation. Le couple pourrait également envisager l'adoption.

CHAPITRE 24

# Fourniture de la planification familiale

## Importance des méthodes choisies pour la fourniture des méthodes de planification familiale

Les classifications ci-après des examens et tests s'appliquent à des personnes dont on suppose qu'elles sont en bonne santé. Pour une personne qui a une pathologie connue ou autre problème spécial, se rapporter aux Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception, p. 324.

Classe A : Essentielle et obligatoire dans toutes les circonstances pour l'utilisation efficace et sans risque de la méthode contraceptive.

Classe B : Aide nettement pour l'utilisation efficace et sans risque. Si le test ou l'examen ne peut pas être fait, il faudra soupeser le risque de ne pas le faire contre les avantages de remettre la méthode contraceptive.

Classe C : Ne renforce pas vraiment l'utilisation efficace et sans risque de la méthode contraceptive.

| Situation spécifique | Contraceptifs oraux combinés | Injectables mensuels | Pilule progestative | Injectables progestatif | Implants | DIU | Préservatifs masculins et féminins | diaphragmes et capes cervicales | Spermicides | Stérilisation féminine | Vasectomie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Examen des seins par le prestataire | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | NA |
| Examen pelvien/génital | C | C | C | C | C | A | C | A | C | A | A |
| Dépistage du cancer du col | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | NA |
| Tests de laboratoire routiniers | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C |
| Taux d'hémoglobine | C | C | C | C | C | B | C | C | C | B | C |
| Evaluation du risque lié aux IST : anté-cédents médicaux et examens physiques | C | C | C | C | C | A* | C | C† | C† | C | C |
| Dépistage des IST/VIH : tests de laboratoire | C | C | C | C | C | B* | C | C† | C† | C | C |
| Dépistage de la tension artérielle | ‡ | ‡ | ‡ | ‡ | ‡ | C | C | C | C | A | C§ |

* *Si une femme court un risque individuel très élevé d'être exposée à la gonorrhée ou aux chlamydia, elle ne devrait pas, en général, utiliser un DIU à moins que d'autres méthodes ne soient ni disponibles ni acceptables. Si elle a actuellement une cervicite, gonorrhée ou chlamydia purulentes, il ne faut pas poser un DIU à moins que ces 3 problèmes ne puissent être résolus et qu'elle présente tous les autres critères d'acceptabilité .*

† *Les femmes qui sont exposées à un risque élevé de contracter l'infection à VIH ou le SIDA ne devraient pas utiliser de spermicides. Généralement on ne recommande pas les diaphragmes et les capes cervicales avec des spermicides pour ces femmes, à moins que d'autres méthodes appropriées ne soient ni disponibles, ni acceptables.*

*NA = Non applicable*

‡ *Souhaitable mais dans des contextes où les risques de grossesse sont élevés et les méthodes hormonales sont parmi les quelques méthodes très disponibles, on ne refusera pas les méthodes hormonales à une femme uniquement parce qu'on ne peut pas mesurer sa tension artérielle.*

§ *Pour les méthodes qui utilisent uniquement une anesthésie locale.*

# Une séance de conseils réussie

De bons conseils aident les clientes à choisir et à utiliser les méthodes de planification familiale qui leur conviennent. Les clientes sont différentes, leurs situations sont différentes et elles ont donc besoin de différents types de soutien. Les meilleurs conseils sont ceux qui sont adaptés à la cliente prise individuellement.

| Type de cliente | Type de conseils |
|---|---|
| **Cliente qui revient et qui n'a pas de problème** | • Lui remettre plus de produits ou faire un suivi routinier<br>• Poser une question amicale pour voir si elle est satisfaite de la méthode |
| **Cliente qui revient avec des problèmes** | • Comprendre le problème et l'aider à le résoudre – que le problème soit un effet secondaire, des difficultés à utiliser la méthode, un partenaire qui ne coopère pas ou autres problèmes |
| **Nouvelle cliente qui pense à telle ou telle méthode** | • Voir si les connaissances de la cliente sont exactes<br>• L'aider dans son choix si elle présente les critères requis<br>• Discuter du mode d'emploi de la méthode et des éventuels effets secondaires |
| **Nouvelle cliente qui n'a pas choisi de méthode** | • Discuter de la situation de la cliente et de ce qui est important pour elle à propos de la méthode<br>• Aider la cliente à envisager les méthodes qui lui conviennent, si nécessaire, l'aider à prendre une décision<br>• Soutenir la cliente dans son choix, donner des instructions sur le mode d'emploi et discuter de ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires |

Accorder aux clientes le temps dont elles ont besoin. Un grand nombre reviendront sans problème et n'auront besoin que de peu de conseils. Les clientes qui reviennent avec des problèmes et les nouvelles clientes qui n'ont pas encore décidé de la méthode qu'elles veulent utiliser ont besoin de plus de temps, bien que généralement elles soient peu nombreuses.

## Conseils réussis : que faire

- Traiter chaque cliente avec respect et mettre chaque cliente à l'aise.
- Encourager la cliente à expliquer ses besoins, à exprimer ses préoccupations, à poser des questions.
- Laisser les souhaits et les besoins de la cliente guider la discussion.
- Faire attention à d'autres besoins, par exemple protection contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, et l'aider pour l'utilisation du préservatif.

- Ecouter attentivement. Il est tout aussi important d'écouter que de donner une information correcte.
- Lui donner simplement l'information et les instructions essentielles. Utiliser les mots que la cliente connaît bien.
- Respecter et soutenir les décisions informées de la cliente.
- Parler des effets secondaires et prendre au sérieux les préoccupations de la cliente.
- Vérifier les connaissances de la cliente.
- Inviter la cliente à revenir à n'importe quel moment, quelle que soit la raison.

La séance de conseils était réussie si :

- Les clientes sentent qu'elles ont obtenu les conseils dont elles avaient besoin
- Les clientes savent ce qu'elles doivent faire et ont confiance dans leurs capacités de le faire
- Les clientes se sentent respectées et appréciées
- Les clientes reviennent si elles en ont besoin
- Et, surtout, les clientes utilisent les méthodes efficacement et avec satisfaction

## *Outil de conseil disponible auprès de l'Organisation Mondiale de la Santé et du projet INFO*

*Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clientes et des prestataires de planification familiale*, un autre des 4 piliers de directive de la planification familiale mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé, aide les clientes et les prestataires à choisir et à apprendre à utiliser les méthodes de planification familiale au cours des séances de conseils. Cet outil est une boîte à images qui aide à adapter les conseils à chaque situation mentionnée dans le tableau à la page précédente. L'information essentielle de ce guide est également donnée dans *Outil d'aide à la prise de décision* formulée d'une manière qui est utile lorsqu'on donne des conseils.

Pour consulter *Outil d'aide à la prise de décision* et le télécharger de l'internet, aller à : http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/counselling.html. Pour un exemplaire d'une copie imprimée, prière d'écrire à Orders, INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, III Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA, aller à : http://www.infoforhealth.org/pubs/dmt/, ou envoyer un e-mail à orders@jhuccp.org.

# Qui fournit la planification familiale ?

Bien des personnes différentes peuvent apprendre à informer et à conseiller les gens à propos de la planification familiale et à leur fournir des méthodes de planification familiale. Les pays et les programmes ont différentes directives sur le type de personnes qui peuvent fournir les méthodes et les endroits, et certains ont des règles qui changent suivant que les clientes commencent une nouvelle méthode ou qu'elles continuent une méthode. Partout, dans les pays du monde entier, ce sont les personnes suivantes qui fournissent les méthodes de planification familiale :

- Infirmiers, infirmières, sages-femmes
- Infirmières sages-femmes auxiliaires
- Sages-femmes
- Médecins, y compris gynécologues et obstétriciens
- Aides-médecins, médecins associés
- Pharmaciens, préparateurs en pharmacie, chimistes
- Agents de soins de santé primaire, agents de soins de santé communautaire
- Agents de santé communautaire et membres communautaires qui sont des distributeurs à base communautaire
- Accoucheuses traditionnelles spécialement formées
- Vendeurs et commerçants
- Volontaires, utilisateurs de la planification familiale, éducateurs pairs et dirigeants communautaires

Une formation spécifique aide toutes ces personnes à faire un meilleur travail. La formation devra traiter des compétences nécessaires pour informer et conseiller les clientes à propos du choix et de l'utilisation des méthodes spécifiques et enseigner également des compétences techniques, sur la manière de donner des injections ou de poser un DIU. Les listes de vérifications aideront les divers prestataires et responsables, que ce soit pour le dépistage des clientes, pour voir si elles répondent aux critères de recevabilité médicale, sur les différentes étapes à suivre pour la prévention des infections, ou encore pour vérifier une bonne qualité des services.

| Méthode | Qui peut la fournir ? |
|---|---|
| **Contraceptifs oraux, patch combiné, anneau vaginal combiné** | • Tous les prestataires avec une formation, y compris une vraie formation spéciale. |
| **Pilule contraceptive d'urgence** | • Tous les prestataires. |

| Méthode | Qui peut la fournir |
|---|---|
| **Injectables mensuels et à progestatifs seuls** | • Tous ceux formés pour donner des injections et traiter correctement les aiguilles et les seringues, notamment prendre les bonnes mesures pour les injecter. |
| **Implants** | • Toute personne qui a eu une formation en technique médicale et formation portant sur l'insertion d'implants spécifiques, y compris les médecins, les infirmières, les infirmières sages-femmes, les sages-femmes et les aides-médecins. |
| **Dispositif intra-utérin** (DIU au cuivre et hormonal) | • Toute personne qui a reçu une formation sur des techniques médicales et une formation spéciale sur la pose et le retrait du DIU, y compris les médecins, les infirmières, les infirmières sages-femmes, les sages-femmes et les aides-médecins ainsi que les étudiants en médecine. La formation est différente pour le DIU au cuivre et le DIU hormonal. Dans certains pays, ce sont les pharmaciens qui vendent les DIU et une femme emporte le DIU à un prestataire de soins de santé qui le posera. |
| **Stérilisation féminine** | • Toute personne avec une formation spécifique portant sur l'intervention, y compris les médecins généralistes, les médecins spécialisés (gynécologues et chirurgiens), les aides-médecins ou les étudiants en médecine sous supervision. Ce sont des chirurgiens spécialement formés qui ont de l'expérience qui devront exécuter une laparoscopie. |
| **Vasectomie** | • Toute personne avec une formation spéciale portant sur l'intervention, y compris les médecins, les infirmières sages-femmes, les sages-femmes et les aides-médecins. |
| **Préservatifs masculins et féminins et spermicides** | • Tous les prestataires. |
| **Diaphragmes et capes cervicales** | • Tous prestataires spécialement formés pour réaliser des examens pelviens et choisir la bonne taille du diaphragme ou de la cape cervicale pour chaque femme. |
| **Méthodes de connaissance de la fécondité** | • Toute personne qui a reçu une formation spéciale pour enseigner la connaissance de la fécondité. Ce sont souvent les utilisatrices de ces méthodes qui savent le mieux l'apprendre à d'autres. |
| **Retrait, méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée** | • Ces méthodes n'exigent pas de prestataires. Par ailleurs, un prestataire qui connaît bien ces méthodes pourra aider les clientes à les utiliser plus efficacement. |

# Prévention des infections dans le centre de santé

Les méthodes de prévention des infections sont simples, efficaces et peu chères. Les germes (organismes infectieux) qui sont cause de soucis dans le centre de santé sont les bactéries (staphylocoques), les virus (surtout le VIH et les l'hépatites B), les champignons et les parasites. Dans un centre de santé, les organismes infectieux se trouvent dans le sang, dans les liquides organiques avec du sang visible ou des tissus. (Les matières fécales, les sécrétions nasales, la salive, le crachat, la transpiration, les larmes, l'urine et les vomissements ne sont pas considérés comme pouvant être infectieux, à moins qu'ils ne contiennent du sang). Les organismes peuvent être transmis par le biais des muqueuses ou de peaux avec lésions, par exemple les coupures et égratignures ou par des piqûres d'aiguilles, faites avec des aiguilles déjà utilisées. Les organismes infectieux peuvent se propager des centres de santé aux communautés lorsque les déchets ne sont pas jetés avec les bonnes mesures de précaution, ou lorsque le personnel ne se lave pas correctement les mains avant de quitter le centre de santé.

## Règles fondamentales de la prévention des infections

Ces règles s'appliquent aux précautions universelles de prévention des infections dans les services de planification familiale.

**Se laver les mains**



- *Se laver les mains est probablement la mesure de prévention des infections la plus importante.*
- Se laver les mains avant et après avoir examiné ou traité un client. (Se laver les mains n'est pas nécessaire si les clients n'ont pas besoin d'examen ou de traitement).
- Utiliser de l'eau propre et du savon ordinaire et se frotter les mains pendant au moins 10 à 15 secondes. Bien nettoyer entre les doigts et sous les ongles. Se laver les mains après avoir touché des instruments utilisés ou des muqueuses, du sang ou d'autres liquides organiques. Se laver les mains avant de mettre les gants, après avoir retiré les gants et à chaque fois que les mains sont salies. Se laver les mains lorsqu'on arrive au travail, après être allé aux toilettes ou avoir utilisé la latrine et lorsque l'on quitte le travail. Se sécher les mains avec des serviettes en papier ou une serviette en coton propre et sèche que personne d'autre n'utilise, ou les sécher à l'air.

**Traiter les instruments qui seront réutilisés**

- Désinfecter à haut niveau, stériliser les instruments qui entrent en contact avec les muqueuses intactes ou les peaux lésées.
- Stériliser les instruments qui touchent les tissus sous la peau (voir Les 4 étapes du traitement de l'equipement, p. 315).

| | |
|---|---|
| **Porter des gants** | • Porter des gants pour toute intervention pendant laquelle on risque de toucher du sang, d'autres liquides organiques, les muqueuses, les peaux lésées, des articles souillés, des surfaces sales ou des déchets. Porter des gants chirurgicaux pour les interventions chirurgicales, telle que l'insertion d'implants. Porter des gants d'examen à emploi unique pour des interventions qui touchent des muqueuses intactes et éviter en général l'exposition à des liquides organiques. Les gants ne sont pas nécessaires pour donner des injections.<br>• Changer les gants entre les interventions sur un même client et d'un client à l'autre.<br>• Ne pas toucher de l'équipement ou des surfaces propres avec des gants sales ou des mains nues.<br>• Se laver les mains avant de mettre les gants. Ne pas laver les mains gantées à la place de remplacer les gants. Les gants ne remplacent pas le lavage des mains.<br>• Porter des gants ménagers propres lors du nettoyage d'instruments et équipements utilisés, en jetant les déchets et en nettoyant le sang ou des liquides organiques. |
| **Ne faire des examens pelviens que si c'est nécessaire** | • Les examens pelviens ne sont pas nécessaires pour la plupart des méthodes de planification familiale – uniquement pour la stérilisation féminine et le DIU (voir Importance des procédures choisies pour la fourniture des méthodes de planification familiale, p. 307). Les examens pelviens ne seront faits que s'il existe une bonne raison de les faire, par exemple si l'on soupçonne des infections sexuellement transmissibles et lorsque l'examen aide à établir le diagnostic et à dispenser le traitement. |
| **Pour les injections, utiliser de nouvelles seringues autoblocables et de nouvelles aiguilles** | • Les seringues autoblocables et les aiguilles sont moins risquées et plus fiables que les seringues et aiguilles jetables à emploi unique et toutes seringues et aiguilles jetables sont moins à risques que les seringues et aiguilles stérilisées et réutilisables. Les seringues et aiguilles réutilisables ne seront utilisées que si le matériel d'injection à utilisation unique n'est pas disponible et si les programmes peuvent assurer la qualité de la stérilisation.<br>• Il n'est pas nécessaire de nettoyer la peau du client avant de donner une injection, à moins que la peau ne soit sale. Si tel est le cas, laver avec de l'eau et du savon et sécher avec une serviette propre. Il n'y a aucun avantage à passer un antiseptique. |
| **Passer une solution chlorée sur les surfaces** | • Passer une solution chlorée 0,5% après chaque client sur les tables d'examen, les bancs et autres surfaces qui sont entrées en contact avec une peau non lésée. |

**Jeter avec les bonnes mesures de précaution le matériel et les fournitures à emploi unique**



- Utiliser un matériel de protection personnelle, lunettes, masque, tablier et chaussures de protection fermées, lorsque l'on est en contact avec des déchets.
- Il ne faut pas réutiliser les aiguilles et les seringues qui sont à emploi unique. Ne pas démanteler l'aiguille et la seringue. Les aiguilles utilisées ne doivent pas être cassées, courbées ou rebouchées. Mettre les aiguilles et les seringues utilisées immédiatement dans un récipient qui ne peut pas être perforé. (Si les aiguilles et les seringues ne sont pas incinérées, il faut les décontaminer en les plongeant dans une solution chlorée à 0,5% avant de les mettre dans le récipient). Le récipient pour les objets pointus, qui ne peut pas être perforé, doit être fermé hermétiquement et, soit brûlé, soit incinéré ou enterré profondément lorsqu'il est à trois quart plein.
- Les pansements et autres déchets solides souillés doivent être mis dans des sacs en plastique, et dans les deux jours, doivent être brûlés et enterrés dans une fosse profonde. Les déchets liquides doivent être versés dans un lavabo ou dans des toilettes avec chasse d'eau ou versés dans une fosse profonde et enterrés.
- Nettoyer les récipients à déchets avec du détergeant et rincer avec de l'eau.
- Retirer les gants ménagers, les nettoyer à chaque fois qu'ils sont sales et au moins une fois par jour.
- Se laver les mains avant et après avoir jeté l'équipement souillé et les déchets.

**Laver les linges**

- Laver les linges (par exemple les draps, les blouses et les draps chirurgicaux) à la main ou à la machine et sécher à l'air ou dans un sèche-linge. En touchant les linges sales, porter des gants, tenir les linges à l'écart du corps et ne pas les secouer.

## Peut de risque d'infection à VIH dans le centre de santé

Les prestataires de soins de santé peuvent être exposés au VIH par le biais des piqûres d'aiguilles, des muqueuses ou des peaux lésées, bien que le risque d'infection soit faible :

- Ce sont les piqûres d'aiguilles et les coupures qui causent le plus d'infections dans les services de santé. Le risque moyen de contracter l'infection à VIH après une piqûre d'aiguille exposant au sang infecté par le VIH est de 3 infections pour 1 000 piqûres d'aiguilles.
- Le risque après exposition des yeux, du nez ou de la bouche à un sang infecté par le VIH est estimé à environ une infection pour 1 000 expositions.

La meilleure manière pour les prestataires d'éviter l'exposition au VIH et autre infection transmise par des liquides organiques est de suivre des précautions universelles sur les lieux du travail.

## *La prévention de l'infection doit devenir une habitude*

Devant chaque client, un prestataire de soins de santé devrait penser "quelle est la mesure de prévention de l'infection nécessaire ici ?" Tout client ou prestataire peut avoir une infection sans le savoir et sans présenter des symptômes évidents. La prévention de l'infection est la marque de bons soins de santé qui attireront les clients. Pour certains clients, la propreté est l'un des signes les plus important de la qualité.



## Les 4 étapes du traitement de l'équipement

1. *Décontaminer pour tuer des organismes infectieux, tels que le VIH et l'hépatite B* et pour que les instruments, les gants et autres objets ne présentent pas de risque pour les gens qui doivent les nettoyer. Faire tremper dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes. Rincer avec de l'eau propre et froide ou nettoyer immédiatement.
2. *Nettoyer pour retirer les liquides organiques, les tissus et la saleté.* Laver ou brosser avec du savon liquide ou du détergent et de l'eau. Eviter le savon en barre ou le savon en poudre qui peut rester sur l'équipement. Rincer et sécher. Pour nettoyer, porter des gants ménagers et un équipement de protecteur personnel, lunettes, masque, tablier et chaussures fermées.
3. *Désinfecter à haut niveau ou stériliser.*
   - Désinfecter à haut niveau pour tuer tous les organismes infectieux, sauf les endospores bactériennes (forme dormante et résistante des bactéries) en faisant bouillir, en passant à la vapeur ou en utilisant les produits chimiques. Désinfecter à haut niveau les instruments ou les articles qui entrent en contact avec des muqueuses ou des peaux lésées, tels que le spéculum vaginal, les sondes utérines et les gants pour les examens pelviens.
   - Stériliser pour tuer tous les organismes infectieux y compris les endospores bactériennes à l'aide d'un autoclave à vapeur à haute pression, d'un four à chaleur sèche, de produits chimiques ou de radiations. Stériliser les instruments, tels que les bistouris et les aiguilles qui touchent les tissus sous la peau. Si la stérilisation n'est pas possible (par exemple, pour les laparoscopes) les instruments doivent être désinfectés à haut niveau.
4. *Emmagasiner les instruments et les fournitures pour les protéger contre la contamination.* Ils doivent être gardés dans un récipient stérilisé ou désinfecté à haut niveau dans un endroit propre, loin de la circulation dans le centre de santé. Le matériel utilisé pour stériliser et désinfecter à haut niveau, les instruments et les fournitures doivent également être protégés de la contamination.

# Gestion des fournitures contraceptives

Des soins de santé de la reproduction de bonne qualité exigent un approvisionnement continu de contraceptifs et d'autres produits. Les prestataires de la planification familiale sont le lien le plus important dans la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs, qui fait transiter les produits du fabricant jusqu'au client.

Des inventaires exacts et des commandes passées à temps par les prestataires de soins aident les responsables à déterminer quels sont les produits nécessaires, les quantités qu'il faudra acheter et où les distribuer. Les membres du personnel clinique remplissent leur rôle lorsqu'ils gèrent correctement l'inventaire, font un compte rendu exact des produits qui ont été remis aux clients et passent rapidement les nouvelles commandes. Dans certains établissements, c'est un seul membre du personnel qui a la responsabilité de toutes les fonctions logistiques. Dans d'autres établissements, ce sont différents membres du personnel qui interviendront au niveau de la logistique. Les membres du personnel clinique doivent connaître les systèmes qui sont en place pour vérifier qu'ils disposent des produits dont ils ont besoin.

## Responsabilité logistique dans le centre de santé

Chaque chaîne d'approvisionnement fonctionne selon des procédures spécifiques adaptées aux contextes. Par ailleurs, il existe des responsabilités typiques en logistique contraceptive qui incombent au personnel clinique.

### *Activité quotidienne*

- Suivre le nombre et les types de contraceptifs distribués aux clients utilisant la fiche indiquée (généralement appelée un "registre d'activités quotidiennes").
- Maintenir de bonnes conditions de stockage pour tous les produits : un stockage dans un endroit propre sans humidité, à l'abri de la lumière directe du soleil et protégé d'une chaleur extrême.
- Fournir des contraceptifs aux clients selon la gestion "premier périmé, premier sorti". Cette méthode permet en effet que les produits qui seront périmés en premier seront ceux qui sont distribués en premier. PPPS permet d'écouler en premier les vieux stocks afin d'éviter les gaspillages suite aux péremptions.






### ***Activités régulières*** (mensuelles ou trimestrielles selon le système logistique)

- Compter la quantité de méthodes disponibles dans chaque centre de santé et déterminer la quantité de contraceptifs qu'il faut commander (souvent effectué à l'aide du pharmacien du centre). C'est un bon moment pour inspecter les fournitures, voir s'il existe des problèmes (cartons endommagés), si l'emballage du DIU ou des implants est déchiré ou les préservatifs ont perdu de la couleur.
- Travailler avec les agents de distribution communautaires supervisés par le personnel clinique, pour revoir leur dossier de consommations et les aider à remplir les formulaires de commandes. Distribuer les fournitures contraceptives aux agents communautaires, selon les commandes qu'ils ont passées.
- Faire un compte rendu et passer une commande auprès du coordinateur de programmes de planification familiale ou du responsable des fournitures sanitaires (généralement au niveau district) en utilisant les formulaires de compte rendu et de commande appropriés. La quantité qui doit être commandée est celle qui permettra de réalimenter le niveau de stock pour arriver à répondre aux besoins jusqu'à ce que la prochaine commande soit passée. (Un plan devra être fait à l'avance pour passer des commandes d'urgence ou emprunter des fournitures auprès d'établissements voisins si la demande augmente soudainement, si l'on risque d'être en rupture de stock ou si le centre a connu des pertes importantes, par exemple à cause d'une inondation).
- Recevoir les fournitures contraceptives commandées du pharmacien ou d'autres personnes dans la chaîne de l'approvisionnement. Les réceptions de produits devront être vérifiées par rapport à ce qui a été commandé.

ANNEXE A

# Efficacité contraceptive

## Taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes

| Méthode de planification familiale | Taux de grossesses de la première année (Trussell[a]) | | Taux de grossesses sur 12 mois (Cleland & Ali[b]) |
|---|---|---|---|
| | Utilisation correcte et régulière | Telle qu'utilisée couramment | Telle qu'utilisée couramment |
| Implants | 0,05 | 0,05 | |
| Vasectomie | 0,1 | 0,15 | |
| DIU au lévonorgestrel | 0,2 | 0,2 | |
| Stérilisation féminine | 0,5 | 0,5 | |
| DIU au cuivre | 0,6 | 0,8 | 2 |
| MAMA (pendant 6 mois) | 0,9[c] | 2[c] | |
| Injectables mensuels | 0,05 | 3 | |
| Injectables progestatifs | 0,3 | 3 | 2 |
| Contraceptifs oraux combinés | 0,3 | 8 | 7 |
| Pilules progestatives | 0,3 | 8 | |
| Patch combiné | 0,3 | 8 | |
| Anneau vaginal combiné | 0,3 | 8 | |
| Préservatifs masculins | 2 | 15 | 10 |
| Méthode d'ovulation | 3 | | |
| Méthode des Deux Jours | 4 | | |
| Méthode des Jours Fixes | 5 | | |
| Diaphragmes avec spermicides | 6 | 16 | |
| Préservatifs féminins | 5 | 21 | |
| Autres méthodes de connaissance de la fécondité | | 25 | 24 |
| Retrait | 4 | 27 | 21 |
| Spermicides | 18 | 29 | |
| Capes cervicales | 26[d], 9[e] | 32[d], 16[e] | |
| Pas de méthode | 85 | 85 | 85 |

**Clé**

| Taux | Efficacité |
|---|---|
| 0–0,9 | très efficace |
| 1–9 | efficace |
| 10–25 | modérément efficace |
| 26–32 | moins efficace |

[a] Les taux proviennent largement des Etats-Unis. Sources : Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher R et al., editors. Contraceptive technology. 19e version révisée édition 2007 (sous presse). Les taux pour les injectables mensuels et la cape cervicale proviennent de Trussel J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004 ;70(2) : 89-96.

[b] Taux des pays en développement. Source : Cleland J and Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. Obstetrics and Gynecology. 2004 ;104(2) : 314-320.

[c] Le taux pour l'utilisation régulière et correcte de MAMA est une moyenne pondérée de 4 études cliniques citées dans Trussell (2007). Taux pour MAMA telle qu'utilisée couramment provient de Kennedy KI et al., Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1996 ; 54(1) : 55-57.

[d] Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché

[e] Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché

ANNEXE B

# Signes et symptômes de graves problèmes de santé

Le tableau ci-après présente les signes et symptômes de certaines graves pathologies. Ces pathologies sont mentionnées sous Risques de santé ou Prise en charge des problèmes dans les chapitres sur les méthodes contraceptives. Ces affections se présentent rarement ou très rarement chez les utilisatrices de la méthode.  Elles se présentent également rarement chez les personnes en âge de procréer. Il n'en reste pas moins important de reconnaître les signes possibles de ces affections pour prendre les mesures qui s'imposent ou orienter les clientes vers les services compétents. Dans certains cas, les clients qui souffrent de l'une de ces affections devront choisir une autre méthode contraceptive.

| Affections | Description | Signes et symptômes |
|---|---|---|
| **Thrombose veineuse profonde** | Caillots sanguins qui se développent dans les veines profondes du corps, généralement dans les jambes | Douleurs vives et persistantes dans une jambe parfois avec une peau enflée ou rouge |
| **Grossesse ectopique** | Grossesse où l'ovocyte fécondé s'implante dans les tissus à l'extérieur de l'utérus, généralement dans la trompe de Fallope mais parfois dans le col ou dans la cavité abdominale | Lors des premiers stades d'une grossesse ectopique, les symptômes peuvent être absents ou bénins, mais par la suite ils deviendront graves. Une combinaison des signes et symptômes suivants fera soupçonner une grossesse ectopique :<br>• Douleurs ou sensibilité abdominales inhabituelles<br>• Saignement vaginal anormal ou absence de saignements menstruels surtout si c'est un changement par rapport au mode de saignement habituel<br>• Tête qui tourne ou étourdissement<br>• Evanouissement |
| **Attaque cardiaque** | Survient lorsque l'apport du sang vers le cœur est bloqué généralement à cause d'une accumulation de cholestérol et autres substances dans les artères coronaires | Douleur à la poitrine ou pression désagréable ; douleur ou pression au centre de la poitrine qui dure plus que quelques minutes ou qui vient et va. Douleur ou engourdissement qui se présente dans l'un ou dans les deux bras, dans le dos, dans la mâchoire ou l'estomac ; souffle coupé ; sueurs froides ; nausées. |

| Affections | Description | Signes et symptômes |
|---|---|---|
| **Troubles du foie** | L'hépatite enflamme le foie ; la cirrhose provoque des tissus cicatriciels qui bloquent la circulation sanguine par le foie | Des yeux ou une peau jaunes, jaunisse et une enflure, une sensibilité ou une douleur abdominale, surtout dans la partie supérieure de l'abdomen. |
| **Inflammation pelvienne** (MIP) | Infection de la voie génitale supérieure causée par divers types de bactéries | Douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen ; douleurs lors des rapports sexuels, à l'examen pelvien ou lors de la miction ; saignement ou écoulement vaginal anormal ; fièvre ; col qui saigne au toucher. Lors d'un examen pelvien, les signes d'une MIP sont les suivants : sensibilité aux ovaires ou dans les trompes de Fallope ; pertes cervicales jaunâtres avec de la glaire et du pus, col qui saigne aisément lorsqu'il est touché par un écouvillon ou test positif de l'écouvillon et sensibilité ou douleur lorsque l'on fait bouger le col et l'utérus lors de l'examen pelvien. |
| **Embolie pulmonaire** | Caillots sanguins qui se déplacent par les vaisseaux sanguins jusqu'aux poumons | Perte soudaine du souffle qui peut s'aggraver avec une respiration profonde, toux qui peut amener le sang, battement cardiaque rapide et sensation d'étourdissement. |
| **Rupture d'une grossesse ectopique** | Lorsqu'une trompe de Fallope se rompt à cause d'une grossesse ectopique | Vive douleur soudaine dans la partie inférieure de l'abdomen, souvent d'un côté. Douleur possible à l'épaule droite. Généralement, dans les heures qui suivent l'abdomen devient rigide et la femme entre en choc. |
| **Graves réactions allergiques au latex** | Lorsque le corps d'une personne a une vive réaction en contact avec le latex | Eruption sur tout le corps, étourdissement causé par une chute soudaine de la tension artérielle, difficultés à respirer, perte de connaissance (choc anaphylactique). |
| **Attaque cérébrale** | Lorsque les artères du cerveau sont bloquées ou éclatent, empêchant une circulation normale du sang et causant la mort du tissus cérébral | Engourdissement ou faiblesse du visage, du bras ou de la jambe, surtout d'un côté du corps : confusion ou trouble à s'exprimer ou à comprendre, difficultés à voir d'un œil ou des deux. Difficultés à marcher, étourdissement, perte d'équilibre ou de coordination ; maux de tête prononcés sans cause connue. Les signes et symptômes se développent soudainement. |
| **Syndrome du choc toxique** | Grave réaction sur l'ensemble du corps aux toxines libérées par des bactéries | Fièvre élevée, éruption cutanée sur tout le corps, vomissement, diarrhée, étourdissement, muscles endoloris. Les signes et symptômes se développent soudainement. |

ANNEXE C

# Affections médicales qui rendent une grossesse particulièrement risquée

Certaines affections médicales courantes font qu'une grossesse comporte plus de risques. L'efficacité de la méthode contraceptive revêt donc une importance spéciale. Pour une comparaison de l'efficacité des méthodes de planification familiale, voir Efficacité contraceptive, p. 319.

Certaines méthodes dépendent davantage de l'utilisatrice pour être efficaces, que d'autres. En général, les méthodes qui demandent une utilisation correcte lors de chaque rapport sexuel, ou l'abstention lors des jours féconds, sont les méthodes les moins efficaces, telles qu'elles sont utilisées couramment :

- Spermicides
- Retrait
- Méthodes de connaissance de la fécondité
- Capes cervicales
- Diaphragmes
- Préservatifs féminins
- Préservatifs masculins

Si une femme indique qu'elle présente une des affections courante donnée ci-après :

- On lui indiquera que la grossesse peut comporter un risque spécial pour sa santé et dans certains cas, pour la santé de son bébé.
- Lors des conseils, on se concentrera essentiellement sur l'efficacité des méthodes. Les clientes qui envisagent une méthode donnée qui exige une utilisation correcte lors de chaque rapport sexuel, devraient réfléchir attentivement à leur capacité de l'utiliser efficacement.

### Infections et troubles de la voie génitale

- Cancer du sein
- Cancer de l'endomètre
- Cancer des ovaires
- Certaines infections sexuellement transmissibles (gonorrhée, chlamydia)
- Certaines infections vaginales (vaginose bactérienne)

### Maladies cardiovasculaires

- Tension artérielle élevée (tension systolique supérieure à 160 mm Hg ou tension diastolique supérieure à 100 mm Hg)
- Valvulopathie
- Maladie cardiaque ischémique (imputable à un rétrécissement des artères)
- Attaque cardiaque

### Autres infections

- VIH/SIDA (voir Infections sexuellement transmissibles y compris le VIH, Question 9, page 287)
- Tuberculose
- Schistosomiase avec fibrose du foie

### Affections d'origine endocrinienne

- Diabète si insulino-dépendant avec lésions aux artères, reins, yeux ou le système nerveux (néphropathie, rétinopathie, neuropathie) ou de plus de 20 ans.

### Anémie

- Drépanocytose

### Troubles gastro-intestinaux

- Drépanocytose Grave cirrhose du foie (décompensée)
- Tumeurs au foie malignes (cancéreuses ou hépatome)

ANNEXE D

# Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception

Le tableau sur les pages suivantes récapitule les critères de recevabilité médicale de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant l'utilisation des méthodes contraceptives. Ces critères sont la base des listes de vérification des critères de recevabilité médicale mentionnées des chapitres 1 à 19.

## Catégories pour les méthodes temporaires

| Catégorie | Avec jugement clinique | Avec jugement clinique limité |
|---|---|---|
| 1 | Utilisation de la méthode quelles que soient les circonstances | Oui (utiliser la méthode) |
| 2 | Utiliser généralement la méthode | |
| 3 | L'utilisation de la méthode n'est pas recommandée en général, à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient ni disponibles ni acceptables | Non (ne pas utiliser la méthode) |
| 4 | Méthode ne doit pas être utilisée | |

Note : Dans le tableau qui commence à la page suivante, les affections des catégories 3 et 4 sont ombrées pour indiquer que la méthode ne devrait pas être donnée lorsque le jugement médical est limité.

Pour la vasectomie, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides et diaphragmes et les capes cervicales et la méthode de l'allaitement de l'aménorrhée, voir p. 333. Pour les méthodes de connaissance de la fécondité, voir p. 334.

## Catégories pour la stérilisation féminine

| | |
|---|---|
| **Acceptation (A)** | Aucune raison médicale n'interdit la fourniture de la méthode à une personne présentant cette affection ou dans cette circonstance. |
| **Prudence (P)** | La méthode peut être remise dans un cadre ordinaire mais avec des préparatifs et des précautions supplémentaires. |
| **Retarder (R)** | L'utilisation de la méthode devrait être remise à plus tard jusqu'à ce que l'affection soit évaluée et/ou corrigée. Des méthodes temporaires de contraception pourront être remises. |
| **Spécial (S)** | L'intervention devrait être effectuée dans un contexte par un chirurgien et un personnel qui a de l'expérience, avec l'effort nécessaire pour faire une anesthésie générale et qui dispose d'autres soutiens médicaux. Il faut également disposer de la capacité pour décider de la méthode et de l'anesthésie qui conviennent le mieux. Ou alors, des méthodes temporaires de contraception pourront être remises s'il faut orienter vers les services spéciaux ou si d'autres retards s'imposent. |

| Légende | |
|---|---|
| (case blanche) | = Utiliser la méthode |
| (case ombrée) | = Ne pas utiliser la méthode |
| I | = Démarrer la méthode |
| C | = Continuer la méthode |
| — | = Affections non indiquées ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode* |
| NA | = non applicable |

| Affection | Contraceptifs oraux combinés | Injectables mensuels | Patch combiné et anneau vaginal combiné | Pilules progestatives | Injectables progestatifs | Implants | Pilules contraceptives d'urgence* | Dispositif intra-utérin au cuivre | Dispositif intra utérin au lévonorgestrel | Stérilisation féminine* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS EN MATIERE DE PROCREATION** | | | | | | | | | | |
| **Enceinte** | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 4 | 4 | D |
| **Age** | Les premières règles à < 40 ans | | | Les premières règles à < 18 ans | | | | Les premières règles à < 20 ans | | Jeune âge |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | — | 2 | 2 | C |
| | ≥ 40 ans | | | 18 to 45 ans | | | | ≥ 20 ans | | |
| | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | |
| | | | | > 45 | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 1 | — | | | |
| **Parité** | | | | | | | | | | |
| Nullipare (n'a pas encore accouché) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | A |
| Pare (a déjà accouché) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| **Allaitement maternel** | | | | | | | | | | |
| < de 6 semaines du post-partum | 4 | 4 | 4 | 3[a] | 3[a] | 3[a] | 1 | b | b | * |
| ≥ plus ou moins 6 semaines à moins de 6 mois du post-partum (allaite principalement) | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | b | b | A |
| ≥ plus ou moins 6 mois du post-partum | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | b | b | A |
| **Post-partum** (n'allaite pas) | | | | | | | | | | |
| < 21 jours | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | — | b | b | * |
| ≥ 21 jours | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | b | b | |
| **Post-avortement** | | | | | | | | | | |
| Premier trimestre | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | * |
| Second trimestre | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | |
| Avortement post-sceptique immédiat | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 4 | 4 | |
| **Antécédents de grossesse ectopique** | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | A |
| **Antécédents de chirurgie pelvienne** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | C* |

(continué)

* Pour des affections supplémentaires se rapportant à la pilule contraceptive d'urgence et à la stérilisation féminine, voir p. 332.

[a] Dans les contextes où les risques de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont élevés et si cette méthode est l'une des rares méthodes contraceptives disponibles, elle pourra être remise aux femmes qui allaitent immédiatement, lors du post-partum.

[b] DIU lors du post-partum : pour les femmes qui allaitent et les femmes qui n'allaitent pas, la pose du DIU a moins de 48 heures entre dans la catégorie 2 pour le DIU au cuivre et la catégorie 3 pour le DIU au lévonorgestrel. Pour les 2 types de DIU, la pose de 48 heures à moins de 4 semaines entre dans la catégorie 3 ; ≥ 4 semaines de la catégorie 1 ; et septicémie puerpérale, catégorie 4.

| = Utiliser la méthode<br>= Ne pas utiliser la méthode<br>I = Démarrer la méthode<br>C = Continuer la méthode<br>— = Affections non indiquées ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode*<br>NA = non applicable<br>**Affection** | Contraceptifs oraux combinés | Injectables mensuels | Patch combiné et anneau vaginal combiné | Pilules progestatives | Injectables progestatifs | Implants | Pilules contraceptives d'urgence* | Dispositif intra-utérin au cuivre | Dispositif intra utérin au lévonorgestrel | Stérilisation féminine* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tabagisme** | | | | | | | | | | |
| Age < 35 ans | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| Age ≥ 35 ans | | | | | | | | | | |
| <15 cigarettes par jour | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| ≥15 cigarettes par jour | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| **Obésité** | | | | | | | | | | |
| ≥ 30 kg/m² masse corporelle | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | C |
| **Mesure de tension artérielle non disponible** | NA[c] | NA[c] | NA[c] | NA[c] | NA[c] | NA[c] | — | NA | NA | NA |
| **MALADIE CARDIOVASCULAIRE** | | | | | | | | | | |
| **Multiples facteurs de risques pour des maladies cardiovasculaires artérielles** (âge avancé, tabagisme, diabète et hypertension) | 3/4[d] | 3/4[d] | 3/4[d] | 2 | 3 | 2 | — | 1 | 2 | S |
| **Hypertension**[e] | | | | | | | | | | |
| Antécédent d'hypertension lorsque la tension artérielle NE PEUT PAS être évaluée (y compris l'hypertension pendant la grossesse) | 3 | 3 | 3 | 2[c] | 2[c] | 2[c] | — | 1 | 2 | NA |
| Hypertension suffisamment sous contrôle, lorsque la tension artérielle PEUT être évaluée | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | — | 1 | 1 | C |
| Tension artérielle élevée (mesurée correctement) | | | | | | | | | | |
| Systolique 140-159 ou diastolique 90-99 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | — | 1 | 1 | C[f] |
| Systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100[g] | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | — | 1 | 2 | S[f] |

c Dans les contextes où les risques de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont élevés et où cette méthode est l'une des rares méthodes contraceptive disponible, il ne faudra pas la refuser simplement parce que la tension artérielle de la femme ne peut pas être mesurée.

d Lorsqu'il existe de multiples facteurs de risques importants, dont l'un quelconque augmenterait nettement le risque d'une maladie cardiovasculaire, l'utilisation de la méthode pourrait augmenter ce risque à un niveau inacceptable. Par ailleurs, on ne souhaite pas non plus ajouter simplement des catégories pour de multiples facteurs risques. Par exemple, une combinaison des facteurs assignés à la catégorie 2 ne reflète pas forcément une catégorie plus élevée.

e En supposant qu'il n'existe pas d'autres facteurs de risques pour des maladies cardiovasculaires. Une simple lecture de tension artérielle ne suffit pas pour classer une femme comme ayant de l'hypertension.

f Une tension artérielle élevée doit être contrôlée avant l'intervention et suivie tout au long de l'intervention.

g Cette affection comporte un risque très élevé en cas de grossesse. Les femmes qui connaissent ce risque en cas de grossesse ne devraient probablement pas utiliser des méthodes comme les spermicides, le retrait, les méthodes de connaissance de la fécondité, les capes cervicales, les diaphragmes ou les préservatifs féminins ou masculins.

| Légende | |
|---|---|
| ☐ | = Utiliser la méthode |
| (case ombrée) | = Ne pas utiliser la méthode |
| I | = Démarrer la méthode |
| C | = Continuer la méthode |
| — | = Affections non indiquées ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode* |
| NA | = non applicable |

| Affection | Contraceptifs oraux combinés | Injectables mensuels | Patch combiné et anneau vaginal combiné | Pilules progestatives | Injectables progestatifs | Implants | Pilules contraceptives d'urgence* | Dispositif intra-utérin au cuivre | Dispositif intra utérin au lévonorgestrel | Stérilisation féminine* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Maladie vasculaire | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | — | 1 | 2 | S |
| **Antécédents de tension artérielle élevée pendant la grossesse** (lorsque la tension artérielle est mesurable et normale) | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| **Thrombose veineuse profonde** (TVP)**/Embolie pulmonaire** (EP) | | | | | | | | | | |
| Antécédents de TVP/EP | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | * | 1 | 2 | A |
| TVF/EP actuelle | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | * | 1 | 3 | D |
| Antécédents familiaux de TVP/EP (parents proches) | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | * | 1 | 1 | A |
| Chirurgie majeure | | | | | | | | | | |
| Avec immobilisation prolongée | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | D |
| Sans immobilisation prolongée | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| Chirurgie mineure sans immobilisation prolongée | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| **Mutation thrombogénique connue** (facteur V Leiden, mutation prothrombine, protéine S, protéine C, et carence antithrombine)[g] | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | * | 1 | 2 | A |
| **Thrombose veineuse superficielle** | | | | | | | | | | |
| Varice | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| Thrombophlébite superficielle | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| **Cardiopathie ischémique**[g] | | | | I C | | I C | | | I C | |
| actuelle | 4 | 4 | 4 | 2 3 | 3 | 2 3 | * | 1 | 2 3 | D |
| Antecedentes de | 4 | 4 | 4 | 2 3 | 3 | 2 3 | * | 1 | 2 3 | C |
| **Attaque cérébrale** (antécédents d'attaque cérébrale)[g] | 4 | 4 | 4 | 2 3 | 3 | 2 3 | * | 1 | 2 | C |
| **Hyperlipidémie connue** | 2/3[h] | 2/3[h] | 2/3[h] | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | A |

*(continué)*

[h] Evaluer son type et la gravité de l'hyperlipidémie et la présence d'autres facteurs risques cardiovasculaires.

Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de la contraception

D

| | = Utiliser la méthode |
|---|---|
| (cellule claire) | = Ne pas utiliser la méthode |
| **I** | = Démarrer la méthode |
| **C** | = Continuer la méthode |
| — | = Affections non indiquées ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode* |
| NA | = non applicable |

| Affection | Contraceptifs oraux combinés | | Injectables mensuels | | Patch combiné et anneau vaginal combiné | | Pilules progestatives | | Injectables progestatifs | | Implants | | Pilules contraceptives d'urgence* | Dispositif intra-utérin au cuivre | | Dispositif intra utérin au lévonorgestrel | | Stérilisation féminine* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valvulopathie cardiaque** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sans complications | 2 | | 2 | | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | | — | 1 | | 1 | | C[i] |
| Avec complications (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne lente)[g] | 4 | | 4 | | 4 | | 1 | | 1 | | 1 | | — | 2[i] | | 2[i] | | S* |
| **AFFECTIONS NEUROLOGIQUES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Maux de tête**[j] | I | C | I | C | I | C | I | C | I | C | I | C | | | | I | C | |
| Sans migraines (légers ou sévères) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | | 1 | 1 | A |
| Migraines | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | |
| Sans symptôme neurologiques focaux | I | C | I | C | I | C | I | C | I | C | I | C | | | | I | C | |
| Age < 35 ans | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | | 2 | 2 | A |
| Age ≥ 35 ans | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | | 2 | 2 | A |
| Avec symptômes neurologiques focaux | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | — | 1 | | 2 | 3 | A |
| **Epilepsie** | 1[k] | | 1[k] | | 1[k] | | 1[k] | | 1[k] | | 1[k] | | — | 1 | | 1 | | C |
| **TROUBLES DE DEPRESSION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Troubles de dépression** | 1[l] | | 1[l] | | 1[l] | | 1[l] | | 1[l] | | 1[l] | | — | 1 | | 1[l] | | C |
| **INFECTIONS ET TROUBLES DE LA VOIE GENITALE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Mode de saignements vaginaux** | | | | | | | | | | | | | | | | I | C | |
| Mode irrégulier sans saignement abondant | 1 | | 1 | | 1 | | 2 | | 2 | | 2 | | — | 1 | | 1 | 1 | A |
| Saignements abondants ou prolongés (y compris mode régulier et irrégulier) | 1 | | 1 | | 1 | | 2 | | 2 | | 2 | | — | 2 | | 1 | 2 | A |
| Saignements vaginaux non expliqués (fait penser à un état grave) avant l'évaluation | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 3 | | 3 | | — | I: 4 | C: 2 | I: 4 | C: 2 | D |
| **Endométriose** | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | — | 2 | | 1 | | S |
| **Tumeur bénigne aux ovaires** (y compris kystes) | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | — | 1 | | 1 | | A |
| **Dysménorrhée grave** | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | — | 2 | | 1 | | A |
| **Maladie trophoblastique** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bénigne | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | — | 3 | | 3 | | A |

[i] On conseille des antibiotiques prophylactiques avant de fournir la méthode.
[j] La catégorie concerne les femmes sans autres facteurs de risques les exposant à une attaque cérébrale.
[k] Si elles prennent des médicaments contre les convulsions, prière de consulter la section sur les interactions entre les médicaments, p. 332.
[l] Certains médicaments peuvent interagir avec la méthode, la rendant moins efficace.

- ☐ = Utiliser la méthode
- (grisé) = Ne pas utiliser la méthode
- I = Démarrer la méthode
- C = Continuer la méthode
- — = Affections non indiquées ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode*
- NA = non applicable

| Affection | Contraceptifs oraux combinés | Injectables mensuels | Patch combiné et anneau vaginal combiné | Pilules progestatives | Injectables progestatifs | Implants | Pilules contraceptives d'urgence* | Dispositif intra-utérin au cuivre | Dispositif intra utérin au lévonorgestrel | Stérilisation féminine* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Maligne[g] | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 4 | 4 | D |
| **Ectropion cervical** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| **Néoplasme intraépithélial cervical** (CIN) | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | A |
| **Cancer du col** (en attente de traitement) | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | — | I: 4 / C: 2 | I: 4 / C: 2 | D |
| **Maladie des seins** | | | | | | | | | | |
| Masse non diagnostiquée | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | A |
| Maladie bénigne des seins | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| Antécédents familiaux de cancer | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| Cancer du sein | | | | | | | | | | |
| Actuel[g] | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | — | 1 | 4 | C |
| Passé, aucune trace de la maladie depuis 5 ans au moins | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | — | 1 | 3 | A |
| **Cancer de l'endomètre**[g] | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | I: 4 / C: 2 | I: 4 / C: 2 | D |
| **Cancer des ovaires**[g] | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | I: 3 / C: 2 | I: 3 / C: 2 | D |
| **Fibrome utérin** | | | | | | | | | | |
| Sans déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | C |
| Avec déformation de la cavité utérine | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 4 | 4 | C |
| **Anomalie anatomique** | | | | | | | | | | |
| Cavité utérine déformée | — | — | — | — | — | — | — | 4 | 4 | — |
| Autres anomalies qui ne déforment la cavité utérine ou qui n'interfèrent pas avec la pose du DIU (y compris la sténose ou lacérations cervicales) | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 | — |
| **Inflammations pelviennes (MIP)** | | | | | | | | | | |
| Antécédents de PID (en supposant qu'il n'existe pas de facteurs de risques actuels de contracter des IST) | | | | | | | | I / C | I / C | |
| Avec grossesse subséquente | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | I: 1 / C: 1 | I: 1 / C: 1 | A |

(continué)

[m] Traiter la MIP en utilisant des antibiotiques adéquats. Généralement, il n'est pas nécessaire de retirer continué le DIU si la cliente souhaite continuer à l'utiliser.

| Affection | Contraceptifs oraux combinés | Injectables mensuels | Patch combiné et anneau vaginal combiné | Pilules progestatives | Injectables progestatifs | Implants | Pilules contraceptives d'urgence* | Dispositif intra-utérin au cuivre | | Dispositif intra utérin au lévonorgestrel | | Stérilisation féminine* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Avec grossesse subséquente | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | 2 | 2 | C |
| MIP actuelle | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 4 | 2[m] | 4 | 2[m] | D |
| **Infections sexuellement transmissibles** (IST)[g] | | | | | | | | I | C | I | C | |
| Cervicite, chlamydia ou gonorrhée purulente actuelle | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 4 | 2 | 4 | 2 | D |
| Autres IST (non compris VIH et hépatite) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | 2 | 2 | A |
| Vaginite (y compris trichomonas vaginalis et vaginose bactérienne) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | 2 | 2 | A |
| Risque accru d'IST | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2/3[n] | 2 | 2/3[n] | 2 | A |
| **VIH/SIDA**[g] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | I | C | I | C | |
| Risque accru de contracter le VIH | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | 2 | 2 | A |
| Infectée par le VIH | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | 2 | 2 | A |
| SIDA | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 3 | 2 | 3 | 2 | S[o] |
| Suit un traitement antirétrovial | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | — | 2/3[p] | 2 | 2/3[p] | 2 | S[o] |
| **AUTRES INFECTIONS** | | | | | | | | | | | | |
| **Schistosomiase** | | | | | | | | | | | | |
| Sans complication | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | | 1 | | A |
| Fibrose du foie (si grave, voir cirrhose, page suivante)[g] | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | | 1 | | C |
| **Tuberculose**[g] | | | | | | | | I | C | I | C | |
| Non pelvienne | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | 1 | 1 | A |
| Pelvienne connue | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 4 | 3 | 4 | 3 | S |
| **Paludisme** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | | 1 | | A |
| **AFFECTIONS ENDOCRINIENNES** | | | | | | | | | | | | |
| **Diabète** | | | | | | | | | | | | |
| Antécédents de diabète gestationnel | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | | 1 | | A[q] |

Légende :
- (case blanche) = Utiliser la méthode
- (case ombrée) = Ne pas utiliser la méthode
- I = Démarrer la méthode
- C = Continuer la méthode
- — = Affections non indiquées ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode*
- NA = non applicable

[n] L'état entre dans la catégorie 3 si une femme a un risque individuel très élevé d'être exposée à la gonorrhée ou aux chlamydia.
[o] La présence d'une maladie liée au SIDA fait retarder l'intervention.
[p] Le SIDA entre dans la catégorie 2 pour la pose pour celles qui se portent bien cliniquement suivant un traitement antirétroviral ; autrement, la pose entre dans la catégorie 3.
[q] Si le glucose sanguin n'est pas bien contrôlé, orienter vers un établissement à un niveau supérieur de soins.

| Affection | Contraceptifs oraux combinés | Injectables mensuels | Patch combiné et anneau vaginal combiné | Pilules progestatives | Injectables progestatifs | Implants | Pilules contraceptives d'urgence* | Dispositif intra-utérin au cuivre | Dispositif intra utérin au lévonorgestrel | Stérilisation féminine* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Diabète non vasculaire | | | | | | | | | | |
| Non insulinodépendant | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | C[i,q] |
| Insulinodépendant[g] | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | C[i,q] |
| **Diabète** (suite) | | | | | | | | | | |
| Avec complications pour les reins, les yeux ou les nerfs[g] | 3/4[r] | 3/4[r] | 3/4[r] | 2 | 3 | 2 | — | 1 | 2 | S |
| Autres maladies cardiovasculaires ou diabète de > 20 ans[g] | 3/4[r] | 3/4[r] | 3/4[r] | 2 | 3 | 2 | — | 1 | 2 | S |
| **Troubles de la thyroïde** | | | | | | | | | | |
| Goitre simple | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| Hyperthyroïde | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | S |
| Hypothyroïde | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | C |
| **TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX** | | | | | | | | | | |
| **Maladie vésiculo-biliaire** | | | | | | | | | | |
| Symptomatique | | | | | | | | | | |
| Traitée par cholécystectomie | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | A |
| Traitée médicalement | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | A |
| Actuelle | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | D |
| Asymptomatique | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | A |
| **Antécédents de cholestase** | | | | | | | | | | |
| Liés à la grossesse | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| Liés par le passé aux contraceptifs oraux combinés | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | A |
| **Hépatite virale** | | | | | | | | | | |
| Active | 4 | 3/4[r,s] | 4[s] | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | D |
| Porteur | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | A |
| **Cirrhose** | | | | | | | | | | |
| Bénigne (compensée) | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | — | 1 | 2 | C[t] |
| Grave (décompensée)[g] | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | — | 1 | 3 | S |

Légende :
- (case blanche) = Utiliser la méthode
- (case ombrée) = Ne pas utiliser la méthode
- I = Démarrer la méthode
- C = Continuer la méthode
- — = Affections non indiquées ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode*
- NA = non applicable

*(Continué)*

[r] Evaluer selon la gravité de la pathologie.
[s] Chez les femmes avec une hépatite virale symptomatique, ne pas donner cette méthode tant que la fonction du foie ne reviendra pas à la normale ou 3 mois après qu'elle est asymptomatique, des deux on retient celui qui survient en premier.
[t] Il faut évaluer la fonction du foie.

| Affection | Contraceptifs oraux combinés | Injectables mensuels | Patch combiné et anneau vaginal combiné | Pilules progestatives | Injectables progestatifs | Implants | Pilules contraceptives d'urgence* | Dispositif intra-utérin au cuivre | Dispositif intra utérin au lévonorgestrel | Stérilisation féminine* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tumeur au foie** | | | | | | | | | | |
| Bénigne (adénome) | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | — | 1 | 3 | C[t] |
| Maligne (hépatome)[g] | 4 | 3/4 | 4 | 3 | 3 | 3 | — | 1 | 3 | C[t] |
| **ANEMIES** | | | | | | | | | | |
| **Thalassémie** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 1 | C |
| **Drépanocytose**[g] | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 1 | C |
| **Anémie ferriprive** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 1 | D/C[u] |
| **INTERACTIONS AVEC LES MEDICAMENTS** | | | | | | | | | | |
| **Médicaments qui affectent les enzymes du foie** | | | | | | | | | | |
| Rifampicine | 3[l] | 2 | 3[l] | 3[l] | 2 | 3[l] | — | 1 | 1 | — |
| Certains médicaments contre les convulsions (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine) | 3[l] | 2 | 3[l] | 3[l] | 2 | 3[l] | — | 1 | 1 | — |
| **Antibiotiques** (non compris la rifampicine) | | | | | | | | | | |
| Griséofulvine | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | — | 1 | 1 | — |
| Autres antibiotiques | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | — |

Légende : [case blanche] = Utiliser la méthode ; [case colorée] = Ne pas utiliser la méthode ; I = Démarrer la méthode ; C = Continuer la méthode ; — = Affections non indiquées ; n'affecte pas la recevabilité de la méthode* ; NA = non applicable

[u] Pour l'hémoglobine < 7 g/dl, remettre à plus tard. Pour hémoglobine > 7 à < 10, prudence.

## Autres conditions liées à la pilule contraceptive d'urgence :

*Catégorie 1:* Utilisation répétée, viol.

*Catégorie 2:* Antécédents de graves complications cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, attaque cérébrovasculaire, ou autres affections thromboemboliques, et angine de poitrine).

## Autres conditions liées à la stérilisation féminine :

*Prudence :* Hernie diaphragmatique, maladie des reins, graves carences nutritionnelles, chirurgie abdominale ou pelvienne antérieure, concurrente avec une chirurgie élective.

*Retarder :* Infection cutanée abdominale, infection respiratoire aiguë (bronchite, pneumonie), infection systémique ou gastroentérite, chirurgie d'urgence (sans conseils préalables) ; chirurgie pour une infection, certains problèmes lors du post-partum (7 à 41 jours après l'accouchement), pré-éclampsie ou éclampsie grave, rupture prolongée des membranes (24 heures ou plus), fièvre lors de l'accouchement ou tout de suite après, septicémie après l'accouchement, grave hémorragie, sévère traumatisme à la voie génitale, déchirures cervicales ou vaginales au moment de l'accouchement, certains problèmes après avortement (septicémie, fièvre ou grave hémorragie, grave traumatisme à la voie génitale, lésions cervicales ou vaginales au moment de l'avortement, hématométrie aiguë), endocardite bactérienne aiguë, fibrillation auriculaire sans lésions.

*Arrangements spéciaux :* Troubles de la coagulation, asthme chronique, bronchite, emphysème ou infection pulmonaire, utérus fixe suite à une chirurgie ou infection précédente, hernie ombilicale ou de la paroi abdominale, rupture utérine du post-partum, perforation utérine après avortement.

## Affections spéciales liées à la vasectomie :

*Pas de considérations spéciales :* Risque élevé de contracter le VIH, infecté par le VIH, drépanocytose.

*Prudence :* Jeune âge, troubles de dépression, diabète, blessure scrotale précédente, large varicocèle ou hydrocèle, cryptorchidie (peut demander l'aiguillage vers les services compétents)

*Retarder :* IST active (non compris VIH et hépatite), infection de la peau scrotale, balanite, épididymite ou orchite, infection systémique ou gastroentérite, filariose, éléphantiasis, masse intrascrotale.

*Arrangements spéciaux:* SIDA (une maladie opportuniste liée au sida peut demander qu'on remette à plus tard), troubles de coagulation, hernie inguinale.

## Affections liées aux préservatifs masculins et féminins, spermicides, diaphragmes, capes cervicales, et méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée :

*Toutes les autres affections indiquées aux pages précédentes qui n'apparaissent pas ici sont de la catégorie 1 ou NA pour les préservatifs masculins ou féminins, les spermicides, les diaphragmes, les capes cervicales elles, ne sont pas indiquées dans les critères de recevabilité médicale pour la méthode de l'allaitement et de l'aménorrhée.*

[ ] = utilise la méthode
[shaded] = n'utilise pas la méthode
[—] = affections non indiquées mais qui n'affectent pas la recevabilité pour la méthode
NA = non applicable

| Affection | Préservatifs masculins et féminins | Spermicides | Diaphragmes | Capes cervicales | Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **ANTECEDENTS EN MATIERE DE PROCREATION** | | | | | |
| **Parité** | | | | | |
| Nullipare (n'a pas encore accouché) | 1 | 1 | 1 | 1 | — |
| Pare (a déjà accouché) | 1 | 1 | 2 | 2 | — |
| < de 6 semaines du post-partum | 1 | 1 | NA[v] | NA[v] | — |
| **MALADIES CARDIOVASCULAIRES** | | | | | |
| Valvulopathie avec complications (hypertension pulmonaire, risques de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardites bactériennes lentes)[g] | 1 | 1 | 2 | 2 | — |
| **INFECTIONS ET TROUBLES DE LA VOIE GENITALE** | | | | | |
| Néoplasie intra épithéliale cervicale | 1 | 1 | 1 | 4 | — |
| Cancer du col | 1 | 2 | 1 | 4 | — |
| Anomalie anatomique | 1 | 1 | NA[w] | NA[x] | — |
| **VIH/SIDA[g]** | | | | | |
| Risque élevé de contracter le VIH | 1 | 4 | 3 | 3 | — |
| Infectée par le VIH | 1 | 4 | 3 | 3 | C[y] |
| SIDA | 1 | 4 | 3 | 3 | C[y] |

*(Continué)*

[v] Attendre pour ajuster/utiliser jusqu'à ce que l'involution utérine soit complète.

[w] Le diaphragme ne peut pas être utilisé dans certains cas de prolapsus utérin.

[x] L'utilisation de la cape ne convient pas pour une cliente qui a une anatomie cervicale très déformée.

[y] Les femmes infectées par le VIH ou qui ont le SIDA devraient éviter d'allaiter si l'alimentation de remplacement est abordable, faisable, acceptable, durable et sans risque. Sinon, on recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie du bébé et ensuite, il faut l'arrêter sur une période de 2 jours à 3 semaines.

| = utilise la méthode<br>= n'utilise pas la méthode<br>— = affections non indiquées mais qui n'affectent pas la recevabilité pour la méthode<br>**Affection** | Préservatifs masculins et féminins | Spermicides | Diaphragmes | Capes cervicales | Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ** |
|---|---|---|---|---|---|
| **AUTRES** | | | | | |
| Antécédents de syndrome du choc toxique | 1 | 1 | 3 | 3 | — |
| Infection des voies urinaires | 1 | 1 | 2 | 2 | — |
| Allergies au latex[z] | 3 | 1 | 3 | 3 | — |

[z] Ne s'applique pas aux préservatifs, diaphragmes et capes cervicales en plastique.

## **Affections supplémentaires liées à la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée :

*Médicaments utilisés pendant l'allaitement maternel :* pour protéger la santé du nourrisson, on ne recommande pas d'allaiter, aux femmes qui utilisent des médicaments, tels que les antimétaboliques, bromocriptine, certains anticoagulants, corticostéroïdes (doses élevées), cyclosporine, ergotamine, lithium, médicaments de changement d'humeur, médicaments radioactifs et réserpine.

*Affections : affections du nouveau-né qui peuvent rendre difficile l'allaitement maternel :* malformation congénitale de la bouche, de la mâchoire ou du palais ; nouveaux-nés qui sont petits ou prématurés et qui ont besoin de soins néonatals intensifs ; et certains troubles du métabolisme.

## Affections liées aux méthodes de connaissance de la fécondité :

| A = Acceptation C = Prudence D = trop tard<br>**Affection** | Méthode basée sur les symptômes | Méthodes basées sur le calendrier |
|---|---|---|
| Age : après les premières règles ou périménopause | C | C |
| Allaitement maternel < 6 semaines du post-partum | D | D[aa] |
| Allaitement maternel ≥ 6 semaines du post-partum | C[bb] | D[bb] |
| Post-partum, n'allaite pas | D[cc] | D[aa] |
| Post-avortement | C | D[dd] |
| Saignements vaginaux irréguliers | D | D |
| Pertes vaginales | D | A |
| Prend des médicaments qui changent la régularité du cycle, hormones et/ou signes de fécondité | D/C[ee] | D/C[ee] |
| **Maladies qui augmentent la température du corps** | | |
| Aiguës | D | A |
| Chroniques | C | A |

[aa] Remettre à plus tard jusqu'à ce qu'elle ait eu 3 cycles menstruels réguliers

[bb] Utiliser avec prudence jusqu'à ce que reviennent les saignements menstruels ou les sécrétions normales (généralement 6 semaines après l'accouchement).

[cc] Remettre à plus tard jusqu'à ce que reviennent les saignements menstruels ou les sécrétions normales (généralement < de 4 semaines du post-partum).

[dd] Remettre à plus tard jusqu'à ce qu'elle ait eu au moins un cycle menstruel régulier.

[ee] Remettre à plus tard jusqu'à ce que l'effet du médicament puisse être déterminé, ensuite, utiliser avec prudence.

# Glossaire

**Abcès** Une poche de **pus** entourée par une inflammation causée par une infection bactérienne et marquée par une douleur persistante.

**Allaitement complet** Voir **Allaitement**.

**Allaitement maternel** Donner à un nourrisson le lait produit par les seins (voir Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, p. 257). Les modes d'allaitement sont les suivants :

> **Allaitement maternel** exclusif Donner à l'enfant uniquement le lait maternel, sans supplément quel qu'il soit – pas même de l'eau – sauf peut-être des vitamines, des minéraux ou des médicaments.
>
> **Allaitement maternel complet** Donner au nourrisson le lait maternel presque exclusivement, mais également de l'eau, des jus de fruits, des vitamines ou autres nutriments donnés peu fréquemment.
>
> **Allaitement maternel quasi complet** Donner au nourrisson certains liquides ou certains aliments en plus du lait maternel mais plus des trois quarts de la nourriture sont des tétés.
>
> **Allaitement maternel partiel** Tout allaitement qui est moins qu'un allaitement maternel quasi complet, c'est-à-dire donner au nourrisson plus de suppléments avec d'autres liquides ou aliments. Moins que les trois quarts de la nourriture sont des tétés.
>
> **Allaitement maternel partiel** Voir **Allaitement**.
>
> **Allaitement quasi complet** Voir **Allaitement**.

**Allergie au latex** Lorsque le corps d'une personne a une réaction au contact avec du latex se traduisant par des rougeurs, démangeaisons ou enflures persistantes ou récidivantes graves. Dans des cas extrêmes, peut conduire à un choc anaphylactique (voir Graves réactions allergiques au latex, Annexe B, p. 321).

**Aménorrhée** Voir **saignements vaginaux.**

**Anémie** Etat dans lequel le corps manque d'**hémoglobines**, généralement à cause d'une carence en fer ou d'une perte excessive de sang. Par la suite, les tissus ne reçoivent plus suffisamment d'oxygène.

**Attaque cardiaque** Voir Attaque cardiaque, Annexe B, p. 320. Voir également **valvulopathie ischémique**.

**Attaque** Voir Attaque cérébrale, Annexe B, p. 320.

**Avortement septique** **Avortement spontané** ou provoqué avec infection.

**Avortement spontané** Voir **fausse couche**.

**Balanite** Inflammation du bout du **pénis**.

**Canal déférent** Deux tubes musculaires qui transportent le **sperme** des **testicules** jusqu'aux **vésicules séminales**. Ces tubes sont coupés ou obturés lors d'une vasectomie (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**Cancer cervical** Croissance maligne (cancéreuse) qui se présente sur le **col**, généralement due à une infection persistante par certains types du **virus du papillome humain**.

**Cancer de l'endomètre** Croissance maligne (cancéreuse) du revêtement de l'**utérus**.

**Cancer du sein** Croissance maligne (cancéreuse) qui se développe dans les tissus du sein.

**Candidose** Infection vaginale courante causée par un champignon qui ressemble à de la levure. Egalement connue sous le nom d'infection à levure ou muguet. N'est pas une infection sexuellement transmissible.

**Cardiopathie ischémique, ou ischémie** L'ischémie est une réduction du sang en circulation qui alimente les tissus du corps. Quand cette circulation réduite se situe dans les artères coronaires (artères du cœur), on l'appelle cardiopathie ou valvulopathie ischémique.

**Cervicite purulente** Inflammation du **col** avec écoulement qui ressemble à du pus. Souvent signe d'infection de la gonorrhée ou des chlamydia.

**Cervicite** Voir **cervicite purulente**.

**Chancre** **Infection sexuellement transmissible** causée par une bactérie qui cause une ulcération croissante sur les parties génitales.

**Chlamydia** Infection sexuellement transmissible causée par une bactérie. Si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner la stérilité.

**Choc anaphylactique** Voir Graves réactions allergiques au latex, Annexe B, p. 321.

**Choix informés** Décisions prises librement en toute connaissance de cause sur la base d'une information exacte, compréhensive et pertinente. But des séances de conseils en planification familiale.

**Cholécystectomie** Ablation chirurgicale de la vésicule biliaire.

**Cholestase** Diminution du débit de bile sécrétée par le foie.

**Cirrhose du foie** Voir Troubles du foie, Annexe B, p. 321.

**Col** Partie inférieure de l'utérus qui s'étend dans le **vagin** supérieur (voir Anatomie féminine, p. 364).

**Cordon spermatique** Cordon comprenant les **canaux déférents**, les artères, les nerfs et les vaisseaux lymphatiques, qui va de l'aine au dos de chaque **testicule**.

**Cryptorchidie** Quand un **testicule** ou les deux, ne descendent pas dans le **scrotum**.

**Cycles menstruels** Séries répétées de changements dans les **ovaires** et dans l'**endomètre** comportant l'**ovulation** et les **saignements menstruels**. La plupart des femmes ont des cycles qui durent entre 24 et 35 jours (voir Le cycle menstruel, p. 366).

**Décontaminer (équipement médical)** Pour retirer des organismes infectieux, afin que les instruments, les gants et autres objets, soient moins risqués pour les gens qui doivent les nettoyer.

**Densité osseuse** Mesure de la force et de la densité d'un os. Lorsque de vieux os se rompent plus rapidement que les nouveaux tissus osseux peuvent se former, les os deviennent moins denses, d'où un risque accru de fracture.

**Dépression** Etat mental marqué généralement par un manque d'espoir, un pessimisme et parfois par une fatigue ou une agitation extrême.

**Désinfection à haut niveau (instruments médicaux)** Pour détruire tous les microorganismes vivants à l'exception de certaines formes de bactéries. Comparer avec **stérilisation**.

**Désinfection** Voir **Désinfection à haut niveau**.

**Diabète (diabète sucré)** Maladie chronique qui se présente lorsque les niveaux de glucose dans le sang deviennent trop élevés car le corps ne produit pas suffisamment d'insuline ou ne peut pas utiliser correctement l'insuline.

**Drépanocytose** Forme chronique et héréditaire d'**anémie.** Quand ils sont privés d'oxygène, les globules se présentent sous la forme anormale d'une faucille ou d'un croissant.

**Dysménorrhée** Douleurs lors des **saignements vaginaux**, connues généralement sous le nom de crampes menstruelles.

**Eclampsie** Etat en fin de grossesse, lors du travail et la période immédiatement après l'accouchement, caractérisé par les convulsions. Dans des cas graves est suivi du coma et du décès.

**Ectropion cervical** Etat non grave où les cellules produisant de la glaire dans le canal commencent à grandir dans la région autour de l'ouverture du **col** (Eversion de la muqueuse utérine).

**Ejaculation** Libération du **sperme** du **pénis** lors de l'orgasme.

**Elephantiasis** Gonflement extrême et durcissement des tissus cutanés et des tissus situés juste en dessous de la peau, notamment sur les jambes et le **scrotum**, à la suite d'une obstruction dans le système lymphatique (voir **filariose**).

**Embolie pulmonaire** Voir Embolie pulmonaire, Annexe B, p. 321.

**Embryon** Produit de la fécondation d'un **ovule** par un **spermatozoïde** pendant les 8 premières semaines de son développement.

**Endocardite bactérienne** Infection qui se présente lorsque des bactéries des vaisseaux sanguins colonisent des tissus ou valves endommagés du cœur.

**Endomètre** Membrane qui revêt la surface interne de l'**utérus**. Elle s'épaissit et ensuite s'écoule une fois par mois, causant les **saignements menstruels**. Pendant la grossesse, ce revêtement n'est pas éliminé mais change et produit des hormones aidant à soutenir la grossesse (voir Anatomie de la femme, p. 364).

**Endométriose** Etat dans lequel le tissu de l'**endomètre** se trouve en dehors de l'**utérus.** Le tissu peut s'attacher aux organes reproducteurs ou à d'autres organes de la cavité abdominale. Peut causer des douleurs pelviennes et peut gêner la fécondité.

**Engorgement (engorgement des seins)** Etat qui se produit quand il s'accumule dans les seins plus de lait que n'en consomme le bébé. L'engorgement peut faire durcir les seins et les rendre douloureux et chauds. On peut en général l'empêcher (ou l'atténuer) en donnant le sein plus souvent.

**Epididyme** Organe tubulaire (enroulé), rattaché aux **testicules** ou placé à ses côtés. C'est dans cet organe que les spermatozoïdes arrivent à maturité et développent leur capacité de natation. Les **spermatozoïdes** matures quittent l'épididyme par le **canal déférent** (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**Epididymite** L'épididymite est causée par l'enflure ou l'infection de l'épididyme (conduit étroitement enroulé reposant sur les testicules, acheminant le sperme hors de ceux-ci). Cela est douloureux.

**Epilepsie** Etat chronique causé par des troubles de la fonction cérébrale. Peut comporter des convulsions.

**Expulsion** Lorsqu'un implant contraceptif ou un dispositif intra utérin sort entièrement ou partiellement.

**Fausse couche** Perte naturelle d'une grossesse pendant les 20 premières semaines.

**Fécondation** Union d'un **ovocyte** et d'un **spermatozoïde**.

**Fibrillation auriculaire** Trouble du rythme cardiaque où les valves supérieures se contractent de manière anormale et désorganisée.

**Fibrome** (voir **fibrome utérin**).

**Fibrome utérin** Tumeur non cancéreuse croissant dans le muscle de l'**utérus**.

**Fibrose** Formation excessive de tissus fibreux en réaction à la lésion d'un organe.

**Filariase** Maladie parasitaire chronique causée par des vers filariens. Peut conduire à une inflammation et à un blocage permanent des canaux du système lymphatique ainsi qu'à l'**éléphantiasis**.

**Fœtus** Produit de la **fécondation** depuis la fin de la huitième semaine de grossesse jusqu'à la naissance (voir **embryon**).

**Follicule** Petite structure ronde dans l'ovaire dont chacune renferme un ovule (ovocyte). Pendant l'ovulation, le follicule situé à la surface de l'ovaire s'ouvre et libère un ovule mature.

**Gastro-entérite** Inflammation de l'estomac et de l'intestin.

**Glaire vaginale** Liquide sécrété par les glandes du **vagin**.

**Glaires cervicales** Liquide épais qui s'écoule du col. La plupart du temps, suffisamment épais pour prévenir que le **sperme** n'entre dans l'**utérus**. Au milieu du **cycle menstruel,** la glaire devient plus fine et aqueuse et le sperme peut passer plus facilement.

**Goitre** Augmentation du volume de la thyroïde, non cancéreuse.

**Gonorrhée** **Infection sexuellement transmissible** causée par une bactérie. Si elle n'est pas traitée, elle peut mener à la **stérilité**.

**Grossesse ectopique** Voir Grossesse ectopique, Annexe B, p. 320.

**Hématocrite** Pourcentage du sang composé par des globules rouges. Utilisé comme mesure de **l'anémie**.

**Hématome** Un bleu sur la peau causé par des vaisseaux sanguins qui se sont rompus sous la peau.

**Hématomètre** Accumulation de sang dans l'utérus qui peut se présenter suite à un avortement spontané ou provoqué.

**Hémoglobine** Eléments des globules rouges qui renferment du fer. L'hémoglobine transporte l'oxygène entre les poumons et les tissus du cœur.

**Hépatite** Voir Troubles du foie annexe B, p. 321.

**Hernie inguinale** **Hernie** dans l'aine.

**Hernie** Projection d'un organe, d'une partie d'organe ou de toute structure corporelle à travers la paroi qui le renferme normalement.

**Herpès génital** Maladie causée par un virus qui se propage par contact sexuel.

**Herpès** Voir **herpès génital**.

**Hormone** Substance chimique formée dans un organe ou une partie du corps et transportée par le sang dans un autre organe ou une autre partie du corps. Intervient chimiquement dans l'activité des autres organes ou parties du corps. Egalement substance chimique fabriquée qui fonctionne comme des hormones.

**Hydrocèle** Accumulation de liquide dans une cavité du corps, notamment dans les testicules ou le long du **cordon spermatique** (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**Hyperlipidémie** Niveau élevée de graisse ou lipide dans le sang qui augmente le risque de maladie cardiaque.

**Hypertension pulmonaire** **Hypertension** continue dans l'artère pulmonaire, empêchant la circulation sang, du cœur jusqu'aux poumons.

**Hypertension** **Tension artérielle** plus élevée que la normale ; 140 mm Hg ou plus élevée (systolique) ou 90 mm Hg ou plus élevée (diastolique).

**Hyperthyroïdie** Production trop abondante d'**hormones** thyroïdiennes.

**Hypothyroïdie** Production insuffisante d'**hormones** thyroïdiennes.

**Implantation** Nidation de l'**embryon** dans l'**endomètre** de l'utérus où s'établit le contact avec le sang de la mère qui lui apporte sa nourriture.

**Inféconditéstérilité** Incapacité pour un couple d'avoir des enfants vivants.

**Infection à levure** Voir **candidose**.

**Infections sexuellement transmissibles (IST)** Groupe d'infections bactériennes fongiques et virales et parasites qui sont transmis lors de l'activité sexuelle.

**Inflammation pelvienne** Voir Inflammation pelvienne, Annexe B, p. 321.

**Jaunisse** Jaunissement anormal de la peau et des yeux, généralement un symptôme d'une **maladie du foie**.

**Kyste ovarien** Un kyste est une cavité ou un sac renfermant matières liquides qui se développent dans l'**ovaire** ou à sa surface. Disparaît généralement de lui-même, mais peut se rompre et peut causer des douleurs abdominales et des complications.

**Lacération** Blessure ou déchirure irrégulière de la chair n'importe où sur le corps y compris sur le col et le **vagin**.

**Lacération cervicale** Voir **lacération**.

**Laparoscope** Appareil composé d'un tube renfermant un système optique pour visualiser l'intérieur d'un organe ou d'une cavité du corps. Utilisé pour le diagnostic et pour certaines interventions de stérilisation féminine.

**Laparoscopie** Intervention médicale réalisée en utilisant un laparoscope.

**Lésion** Zone malade de la peau ou d'un autre tissu du corps.

**Lèvres** Les lèvres intérieures et extérieures du **vagin** qui protègent les organes féminins internes (voir Anatomie de la femme, p. 365).

**Maladie bénigne des seins** Croissance de tissus anormaux du sein mais qui ne sont pas cancéreux.

**Maladie cardiovasculaire** Toute maladie du cœur, des vaisseaux sanguins ou de la circulation sanguine.

**Maladie cérébrovasculaire** Toute maladie des vaisseaux sanguins du cerveau.

**Maladie de la thyroïde** Toutes maladies de la thyroïde, voir **hyperthyroïdie, hypothyroïdie**).

**Maladie de la vésicule biliaire** Affection de la vésicule biliaire située sous le foie qui emmagasine la bile utilisée pour une digestion rapide. Il peut s'agir d'une inflammation, d'une infection ou d'une obstruction ou encore d'un cancer de la vésicule biliaire ou des calculs biliaires (quand les composants de la bile se solidifient dans l'organe).

**Maladie du foie** Tumeur, **hépatite** et **cirrhose**.

**Maladie trophoblastique** gestationnelle Maladie pendant la grossesse avec croissance anormale des cellules du trophoblasme, couche extérieure des cellules de l'embryon qui se développent dans le **placenta**.

**Maladie trophoblastique** Voir **maladie trophoblastique gestationnelle**.

**Maladie vasculaire** Toutes maladies des vaisseaux sanguins.

**Mastite** Inflammation des tissus du sein suite à une infection qui peut entraîner de la fièvre, des rougeurs et de la douleur.

**Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS** Classe de médicaments utilisés pour diminuer les douleurs, fièvres et enflures.

**Ménopause** Période de la vie d'une femme durant laquelle les règles s'arrêtent. A lieu quand les **ovaires** d'une femme cessent de produire des ovules (ovocytes). On juge qu'une femme est ménopausée après une absence de règles pendant 12 mois.

**Ménorragie** Voir **saignements vaginaux**.

**Menstruations ou règles** Voir **saignements vaginaux.**

**Mesures préventives** Actions prises pour prévenir des maladies, par exemple se laver les mains ou donner des médicaments ou autres traitements.

**Méthodes d'appoint** Méthodes de planification familiale utilisées lorsque des erreurs sont faites avec une méthode de contraception utilisée couramment, ou pour aider une femme qui ne veut pas tomber enceinte lorsqu'elle commence à utiliser une méthode contraceptive. Comprend l'abstinence, les préservatifs masculins ou féminins, les spermicides et le retrait.

**Migraines** avec symptômes neurologiques focaux Troubles du système nerveux qui affectent la vue et parfois le toucher et l'élocution (voir Dépister des migraines et Migraines avec symptômes neurologiques focaux, p. 368).

**Migraines** Maux de tête sévères et récurrents (voir Dépistage des migraines et Migraines avec symptômes neurologiques focaux, p. 368).

**Mini laparotomie** Technique de stérilisation féminine réalisée en pratiquant dans l'abdomen une petite incision par laquelle on tire les **trompes de Fallope** qu'on noue et qu'on coupe ensuite.

**Muguet** Voir **candidose**.

**Muqueuse** Membrane qui revêt les passages et toutes les cavités du corps qui communiquent avec l'air.

**Mutation thrombogénique** Plusieurs problèmes génétiques entraînant un épaississement anormal ou une coagulation anormale du sang.

**Naissance prématurée** Naissance avant les 37 semaines de la grossesse.

**Néoplasie intra-épithéliale cervicale (CIN)** Cellules anormales précancéreuses sur le col. Les formes bénignes partent d'elles-mêmes mais les anomalies plus graves peuvent évoluer en cancer du col si elles ne sont pas traitées. Egalement appelée dysplasie ou pré-cancer cervical.

**Néphropathie** Maladie des reins, notamment lésion des petits vaisseaux sanguins dans les reins chez les personnes souffrant depuis longtemps du diabète.

**Neuropathie** Maladie des nerfs ou du système nerveux avec dégénérescence des nerfs suite à des lésions des petits vaisseaux sanguins dans le système nerveux chez les personnes souffrant depuis longtemps de diabète.

**Oestrogènes** Hormones responsables du développement sexuel féminin. Les oestrogènes naturels, surtout l'hormone estradiol, sont sécrétés par un **follicule** ovarien mature qui entoure l'**ovocyte** (ou ovule). Egalement un groupe de médicaments synthétiques qui ont des effets analogues à ceux de l'œstrogène naturel ; certains sont utilisés dans certaines méthodes contraceptives hormonales.

**Orchites** Inflammation des **testicules** (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**Ovaires** Deux glandes sexuelles qui produisent et emmagasinent les ovocytes (voir ovocyte). Les ovaires produisent aussi l'**œstrogène** et la **progestérone** qui sont des **hormones** sexuelles (voir Anatomie de la femme, p. 364).

**Ovocyte** Ovule produit par les **ovaires**.

**Ovulation** Libération d'un **ovocyte** par un **ovaire**.

**Pelvis (bassin)** Squelette de la partie inférieure du torse humain, qui repose sur les jambes et soutient la colonne vertébrale. Chez les femmes, se réfère aussi à la partie creuse de la structure osseuse du bassin que le **fœtus** traverse durant l'accouchement.

**Pénis** Organe masculin servant à a miction et aux rapports sexuels (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**Perforation de l'utérus** Quand la paroi de l'**utérus** est perforée, par exemple pendant un avortement provoqué ou lors de la pose d'un dispositif intra utérin.

**Perforation** Trou dans la paroi d'un organe ou réalisation d'un trou avec un instrument médical.

**Placenta** L'organe qui nourrit un **fœtus** en train de grandir. Le placenta se forme pendant la grossesse et est expulsé par l'**utérus** pendant les minutes qui suivent la naissance d'un bébé.

**Post-partum** Après l'accouchement, les 6 premières semaines après l'accouchement.

**Prééclampsie** **Hypertension** avec, soit protéines excédentaires dans les urines, soit enflures généralisées ou locales ou les deux (mais sans convulsion) après 20 semaines de la grossesse. Peut conduire à l'**éclampsie**.

**Premières règles** Début des cycles des **saignements menstruels**. Se présentent au moment de la puberté, une fois que le corps d'une fille commence à produire des **oestrogènes** et de la **progestérone**.

**Prépuce** Repli qui entoure le gland du **pénis** (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**Progestérone** **Hormone** stéroïde sécrétée principalement par les **ovaires** après l'**ovulation**. Prépare l'**endomètre** à une **implantation** d'un ovule fécondé (ovocyte), protège aussi l'**embryon**, renforce le développement du **placenta** et aide à préparer les seins pour l'**allaitement**.

**Progestine (progestérone)** Groupe important de médicaments synthétiques dont l'effet est analogue à celui de la **progestérone**. Certains sont utilisés comme contraceptifs hormonaux.

**Prophylaxie** Voir **mesures préventives**.

**Prostate** Organe de la reproduction chez l'homme où une partie du **sperme** est fabriquée (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**Protection double** Eviter aussi bien la grossesse que les **infections sexuellement transmissibles**.

**Pus** Liquide jaunâtre ou blanchâtre formé dans les tissus infectés.

**Rapports sexuels** Voir **sexualité**.

**Rétinopathie** Trouble de la rétine (tissus nerveux revêtant le fond de l'œil) avec lésions des petits vaisseaux sanguins de la rétine chez une personne souffrant depuis longtemps de diabète.

**Rupture de l'utérus** Une déchirure de l'**utérus**, généralement pendant le travail ou en fin de grossesse.

**Rupture d'une grossesse ectopique** Voir Rupture d'une grossesse ectopique, Annexe B, p. 321.

**Rupture prolongée des membranes** Survient lorsque le sac des eaux entourant le fœtus d'une femme enceinte se rompt 24 heures ou plus avant l'accouchement.

**Saignements abondants** Voir **Saignements vaginaux**.

**Saignements de retrait** Voir **Saignements menstruels.**

**Saignements de retrait** Voir **saignements vaginaux**.

**Saignements irréguliers** Voir **saignements vaginaux**.

**Saignements menstruels** Ecoulement de sang de **l'utérus** en passant par le **vagin** chez la femme adulte et qui dure jusqu'à la **ménopause**. Egalement écoulements menstruels de liquides sanguins chez les femmes utilisant les contraceptifs hormonaux (saignements de retrait).

**Saignements peu fréquents** Voir **saignements vaginaux.**

**Saignements prolongés** Voir **saignements vaginaux**.

**Saignements vaginaux** Tout écoulement vaginal sanguin (rose, rouge ou brun) qui demande une protection sanitaire (bandes hygiéniques ou tampons). Il existe différents modes de saignements vaginaux :

**Aménorrhée** Absence de saignement au moment prévu des règles.

**Saignements de retraits** Tous saignements (en-dehors du moment attendu des règles) et qui demande une protection sanitaire.

**Saignements abondants (ménorragie)** Saignements deux fois aussi abondants qu'un saignement normal chez une femme.

**Saignements peu fréquents** Moins de 2 épisodes sur 3 mois.

**Saignements irréguliers** Saignements et/ou saignements de retrait qui se présentent en dehors du moment attendu des règles.

**Saignements menstruels ou mensuels** Saignements qui se présentent en moyenne pendant 3 à 7 jours tous les 28 jours.

**Saignements prolongés** Saignements qui durent plus de 8 jours.

**Saignements** Tout écoulement vaginal sanguin en-dehors du moment des règles qui ne demande pas de protection sanitaire.

**Saignements** Voir **saignements vaginaux.**

**Schistosomiase** Maladie parasitaire causée par un ver plat qui passe son existence dans un petit hôte. Les humains sont infectés en marchant ou en se baignant dans l'eau qui renferme les larves d'escargots infectées.

**Scrotum** Le sac de peau qui contient les testicules situés derrière le **pénis** chez l'homme (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**Septicémie** Présence de divers organismes étiologiques qui forment du **pus**, ou de substances qui foisonnent dans le sang ou les tissus corporels.

**Septicémie puerpérale** Infection des organes de la reproduction pendant les 42 premiers jours du **post-partum** (puerpérium).

**Sexualité, rapport sexuel** Activité sexuelle où le pénis est inséré dans une cavité du corps.

**Anal** Anus

**Oral** Bouche

**Vaginal** Vagin

**SIDA** **Voir syndrome de l'immunodéficience acquise**.

**Signes neurologiques en foyer** Voir **migraines et signes neurologiques en foyer**.

**Spéculum** Outil médical utilisé pour élargir une ouverture du corps afin de mieux voir à l'intérieur. Un spéculum est inséré dans le vagin pour visualiser le col.

**Sperme** Cellules sexuelles masculines. Le sperme est produit dans les testicules d'un homme adulte et mélangé aux **spermicides** dans les **vésicules séminales**, et libéré pendant l'**éjaculation** (voir Anatomie masculine, p. 367).

**Sperme** Liquide blanc épais produit par les organes de la reproduction chez l'homme et libéré par le pénis pendant l'éjaculation. Renferme les spermatozoïdes, à moins que l'homme n'ait eu une vasectomie.

**Sténose cervicale** Lorsque l'ouverture cervicale est plus étroite que la normale.

**Stériliser (équipement médical)** Pour détruire tous les microorganismes, y compris les spores qui ne peuvent pas être tués par la **désinfection à haut niveau**.

**Syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)** Etat causé par une infection par le **virus de l'immunodéficience humaine** (VIH) qui ébranle le système immunitaire qui est alors incapable de lutter contre certaines infections.

**Syndrome du choc toxique** Voir Syndrome du choc toxique, Annexe B, p. 321.

**Syphilis** **Infection sexuellement transmissible** causée par une bactérie. Si elle n'est pas traitée, elle peut évoluer vers une infection systémique entraînant une paralysie générale et la démence ou alors elle peut être transmise au fœtus pendant la grossesse ou l'accouchement.

**Tampon** Coton ou autre matériel absorbant utilisé pour absorber les liquides, par exemple tampon inséré dans le vagin pour absorber les **saignements menstruels**.

**Tension artérielle** Pression exercée par le sang contre les parois des vaisseaux sanguins. Généralement, la tension artérielle systolique normale (en pompant) est inférieure à 140 mm Hg, et la tension artérielle diastolique normale (au repos) est inférieure à 90 mm Hg (voir **Hypertension**).

**Testicules** Les deux organes de la reproduction chez l'homme qui produisent les **spermatozoïdes** et la testostérone, **hormone** naturelle chez l'homme. Situés dans le **scrotum** (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**Thalassémie** Type hérité **d'anémie**.

**Thrombophlébite** Inflammation d'une veine suite à la présence d'un caillot sanguin (voir Thrombose).

**Thrombophlébite superficielle** Inflammation d'une veine juste en dessous de la peau suite à un caillot sanguin.

**Thrombose** Formation d'un caillot sanguin à l'intérieur d'un vaisseau sanguin.

**Thrombose veineuse profonde** Voir Thrombose des veines profondes, Annexe B, p. 320.

**Traitement antirétroviral (ARV)** En forme de médicament utilisé pour traiter les personnes souffrant du **syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)**. Il existe plusieurs classes d'ARV qui luttent de différentes manières contre le VIH. Les patients peuvent prendre une combinaison de plusieurs médicaments à la fois.

**Trichomonas** **Infection sexuellement transmissible**. Le trichomonas est une infection vaginale ou du tractus génital de l'homme par le trichomonas vaginalis. Trichomonas vaginalis est un protozoaire flagellé (animal microscopique constitué d'une seule cellule, ayant la forme d'une poire et dont le corps est muni de 3 à 5 flagelles, sorte de cils) et qui mesure environ 7 à 10 micromètres mais peut atteindre parfois une longueur de 25 micromètres. Il s'agit d'un parasite des cavités naturelles.

**Trompe de Fallope** L'un des deux canaux minces qui relient l'**utérus** à la région de chaque **ovaire**. La **fécondation** de l'ovocyte par le **spermatozoïde** a généralement lieu dans la trompe de Fallope (voir Anatomie féminine, p. 364).

**Trouble ou maladie thrombœmbolique** Coagulation anormale du sang dans les vaisseaux sanguins.

**Tuberculose** Maladie contagieuse causée par une bactérie. Infecte le plus souvent le système respiratoire ; peut également infecter le **pelvis** chez une femme et, est appelé dans ce cas **tuberculose pelvienne**.

**Tuberculose pelvienne** Infection des organes pelviens par la bactérie de la **tuberculose** des poumons.

**Tumeur ovarienne bénigne** Croissance non cancéreuse qui se développe dans l'ovaire ou autour.

**Urètre** Tube par lequel passe l'urine du corps (voir Anatomie de la femme, p. 365 et Anatomie de l'homme, p. 367). Chez l'homme, le **sperme** passe également par l'urètre.

**Utérus fixe** **Utérus** qui ne peut pas être bougé, souvent à cause d'une **endométriose**, d'une chirurgie passée ou d'une infection.

**Utérus** Organe musculaire creux qui contient le **fœtus** pendant la grossesse. Egalement appelé matrice (voir Anatomie de la femme, p. 364).

**Vagin** Passage conduisant de l'ouverture génitale externe à l'**utérus** chez les femmes. (Voir Anatomie de la femme, p. 364).

**Vaginite** Inflammation du **vagin**. Peut être due à une infection par des bactéries, virus ou champignons ou à cause d'une irritation chimique. N'est pas une infection sexuellement transmissible.

**Vaginose bactérienne** Affection courante causée par une croissance excessive de bactéries qui se trouvent normalement dans le **vagin**. Mais pas une infection sexuellement transmissible.

**Valvulopathie** Problèmes de santé dus à un fonctionnement incorrect des valves du cœur.

**Varice** Veine élargie et nouée que l'on note le plus souvent sous la peau des jambes.

**Verrue** Voir **Verrue génitale**.

**Vésicule séminale** Organe masculin où le **sperme** se mélange aux **spermatozoïdes** (voir Anatomie de l'homme, p. 367).

**VIH** Voir **virus de l'immunodéficience humaine**.

**Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** Virus qui cause le **syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)**.

**Virus du papillome humain (VPH)** Virus courant très contagieux transmis par activité sexuelle et contact peau à peau dans la partie génitale. Certains sous-types du VPH sont responsables de la plupart des cas de **cancer du col**. D'autres sont la cause des **verrues génitales.**

**Virus génital** Excroissance sur la **vulve**, la paroi génitale et le col chez les femmes et sur le **pénis** chez l'homme. Causée par le **virus du papillome humain**.

**Vulve** Partie génitale extérieure chez la femme.

# Indice

## D

## E



## F



## G

## H



## I

## J



## K



## L

## M

## S

## T

# Méthodologie

Ce manuel, l'un des piliers de planification familiale de l'Organisation mondiale de la Santé apporte des directives factuelles mises au point grâce à une collaboration mondiale. Le Département de la santé reproductive et de la recherche de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a invité plus de 30 organisations à participer à sa préparation. Le projet INFO de l'Ecole de Santé Publique Bloomberg/Centre pour les Programmes de Communication de Johns Hopkins a dirigé la mise au point de ce manuel.

Ce manuel est le successeur du manuel *Eléments de la technologie de la contraception* (Ecole de Santé publique Université Johns Hopkins, Programme d'Information sur la population, 1997). Si les *Eléments de la technologie de la contraception* en sont le départ, ce sont pourtant les nouvelles données probantes qui constituent le fondement du nouveau contenu (voir Quoi de Neuf dans ce Manuel, p. viii).

Les directives dans cet ouvrage, reposent sur plusieurs consensus analogues :

- Le *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* et le *Selected Pratice Recommendations for Contraceptive Use*. Groupe d'expert ONS ont mis au point cette directive.
- Pour des questions supplémentaires se rapportant à ce manuel, un groupe d'experts de l'OMS s'est rencontré à Genève du 21 au 24 juin 2005.
- Pour discuter des thèmes méritant une attention spéciale, plusieurs sous-groupes se sont rencontrés avant la réunion de juin 2005. Lors de la réunion de juin 2005, c'est le groupe au complet d'experts qui a revu et avalisé les recommandations du sous-groupe.

Le contenu non traité lors de ces démarches a été mis au point dans le cadre d'une collaboration entre des chercheurs du Projet INFO et des experts techniques. Ensuite, un groupe d'experts et des représentants des organisations collaboratrices ont eu l'occasion de revoir le texte entier.

## *Certaines définitions utilisées dans ce manuel*

Efficacité : les taux sont en grande partie les pourcentages de femmes américaines qui ont eu des grossesses non souhaitées pendant la première année d'utilisation, à moins qu'il n'en soit noté autrement.

Effets secondaires : affections signalées par au moins 5 % des utilisatrices dans des études choisies, quelque que soient les causes à effets ou plausibilités biologiques, données en ordre de fréquence avec les plus fréquents en haut.

Termes décrivant les risques de santé (pourcentage d'utilisatrices connaissant un risque) :
Courant : ≥ 15 % et < 45 %
Peu courant : ≥ 1 % et < 15 %
Rare : ≥ 0,1 % et < 1 % (<1 pour 100 et ≥ 1 pour 1 000)
Très rare : ≥ 0,01 % et < 0,1 % (<1 pour 1 000 et ≥ 1 pour 10 000)
Extrêmement rare : < 0,01 % (<1 pour 10 000)

(De plus amples informations sur les processus, sources, sélections, critères et terminologies utilisés dans cet ouvrage se trouvent en ligne à l'adresse suivante http://www.fphandbook.org/.)

# Illustration et Photo

Illustrations par Rafael Avila et Rita Meyer, à moins qu'il n'en soit noté autrement ci-après. Toutes les adaptations de Rafael Avila.

p. 5 David Alexander, Center for Communication Programs (CCP) offert par Photoshare
p. 30 DELIVER
p. 34 Cheikh Fall, CCP, offert par Photoshare
p. 37 Lauren Goodsmith, offert par Photoshare
p. 46 Francine Mueller, CCP
p. 60 David Alexander, CCP, offert par Photoshare
p. 63 PATH
p. 82 Schering AG
p. 99 CCP, offert par Photoshare
p. 102 Ortho-McNeil Pharmaceutical
p. 106 David Alexander, CCP, offert par Photoshare
p. 112 David Alexander, CCP, offert par Photoshare
p. 113 David Alexander, CCP, offert par Photoshare
p. 119 Organon USA
p. 120 Indonesia Ministry for Population, National Family Planning Coordinating Board
p. 121 Indonesia Ministry for Population, National Family Planning Coordinating Board
p.122 JHPIEGO. Source: Bluestone B, Chase R and Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3ª ed. Baltimore: JHPIEGO; 2006. (adapté)
p. 133 David Alexander, CCP, offert par Photoshare
p. 142 David Alexander, CCP, offert par Photoshare
p. 144 JHPIEGO. Source: Bluestone B, Chase R, and Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3rd ed. Baltimore: JHPIEGO; 2006. (adapté)
p.145 JHPIEGO. Source: Bluestone B, Chase R, and Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3ª ed. Baltimore: JHPIEGO; 2006. (adapté)
p. 159 David Alexander, CCP, offert par Photoshare
p. 175 EngenderHealth (adapté)
p. 176 EngenderHealth (adapté)
p. 191 EngenderHealth (adapté)
p. 212 David Alexander, CCP, offert par Photoshare
p. 215 Female Health Foundation (adapté)
p. 222 David Alexander, CCP, offert par Photoshare
p. 238 Francine Mueller, CCP
p. 244 Institute for Reproductive Health, Georgetown University (adapté)

p. 250 Institute for Reproductive Health, Georgetown University (adapté)
p. 251 Institute for Reproductive Health, Georgetown University (adapté)
p. 264 LINKAGES Project, Academy for Educational Development
p. 268 Helen Hawkings, offert par Photoshare
p. 270 Bangladesh Center for Communication Programs
p. 290 Rick Maiman, David and Lucile Packard Foundation, offert par Photoshare
p. 291 CCP, offert par Photoshare
p. 299 CCP, offert par Photoshare
p. 303 Hesperian Foundation (adapté)
p. 312 Lamia Jaroudi, CCP, offert par Photoshare
p. 314 DELIVER
p. 315 CCP, offert par Photoshare
p. 316 Claudia Allers, FPLM/Johns Snow International, offert par Photoshare
p. 317 DELIVER

# Comparer les contraceptifs

## Comparer les méthodes combinées

| Caractéristique | Contraceptifs oraux combinés | Injectables mensuels | Patch combiné | Anneau vaginal combiné |
|---|---|---|---|---|
| **Comment l'utiliser** | Pilules prises par voie buccale. | Injection intramusculaire. | Patch porté à l'extérieur du bras, sur le dos, l'abdomen ou sur les fesses. Pas sur les seins. | Anneau inséré dans le vagin. |
| **Fréquence d'utilisation** | Quotidienne. | Mensuelle : Injection toutes les 4 semaines. | Toutes les semaines : le patch est remplacé toutes les semaines pendant 3 semaines. Pas de patch porté pendant la 4ème semaine. | Mensuelle : anneau gardé en place pendant 3 semaines et retiré pendant la 4ème semaine. |
| **Efficacité** | Dépend de la capacité de l'utilisatrice à prendre une pilule tous les jours. | Dépend moins de l'utilisatrice. L'utilisatrice peut revenir au centre de santé toutes les 4 semaines (plus ou moins 7 jours). | Demande l'attention de l'utilisatrice une fois par semaine. | Dépend de l'utilisatrice qui doit garder l'anneau en place toute la journée, ne pas le retirer pendant plus de 3 heures à la fois. |
| **Modes de saignements** | Généralement, saignements irréguliers pendant les premiers mois et ensuite saignements plus légers et plus réguliers. | Les saignements irréguliers ou l'absence de règles sont choses plus courantes qu'avec les COC. Certaines femmes ont également des saignements prolongés pendant les premiers mois. | Analogues aux COC mais les saignements irréguliers sont plus courants pendant les premiers cycles qu'avec les COC. | Analogues aux COC, mais les saignements irréguliers sont moins courants qu'avec les COC. |
| **Utilisation en privé** | Pas de signes physiques d'utilisation, bien que d'autres personnes puissent trouver la pilule. | Pas de signe physique d'utilisation. | Le patch peut être vu par le partenaires ou les autres personnes. | Certains partenaires peuvent sentir l'anneau. |

# Comparer les injectables

| Caractéristique | DMPA | NET–EN | Injectables mensuels |
|---|---|---|---|
| **Durée entre les injections** | 3 mois. | 2 mois. | 1 mois. |
| **Avec quel retard ou combien d'avance une cliente peut-elle avoir la prochaine injection** | 2 semaines. | 2 semaines. | 7 jours. |
| **Technique de l'injection** | Injection intramusculaire profonde dans la hanche, le bras supérieur ou les fesses. (Egalement, voir injectables à progestatifs seuls, nouvelle formulation du DMPA, p. 63.) | Injection intramusculaire profonde dans la hanche, le bras supérieur ou les fesses. Peut être légèrement plus douloureuse que le DMPA. | Injection intramusculaire profonde dans la hanche, le bras supérieur, les fesses ou les cuisses extérieures. |
| **Modes de saignement en général pendant la première année** | D'abord, saignements irréguliers prolongés, ensuite absence de saignement ou saignements peu fréquents. Environ 40% des utilisatrices n'ont pas de saignement menstruel après une année. | Saignements irréguliers ou prolongés pendant les 6 premiers mois mais épisodes de saignements plus courts qu'avec le DMPA. Après 6 mois, les modes de saignements sont analogues à ceux du DMPA. 30% des utilisatrices n'ont pas de saignements menstruels après une année. | Saignements irréguliers, fréquents ou prolongés pendant les 3 premiers mois. Généralement, des modes de saignements plus réguliers après une année. Environ 2% des utilisatrices n'ont pas de saignements menstruels après une année. |
| **Prise de poids moyen** | 1 ou 2 kg par an. | 1 ou 2 kg par an. | 1 kg par an. |
| **Taux de grossesse, tel qu'utilisé couramment** | Environ 3 grossesses pour 100 femmes la première année. | Supposés être les mêmes que le DMPA. | |
| **Retard moyen pour tomber enceinte après avoir arrêté les injections** | 4 mois de plus que pour les femmes qui ont utilisé d'autres méthodes. | 1 mois de plus que pour les femmes qui ont utilisé d'autres méthodes. | 1 mois de plus que pour les femmes qui ont utilisé d'autres méthodes. |

# Comparer les implants

| Caractéristique | Norplant | Jadelle | Implanon |
|---|---|---|---|
| **Type de progestatif** | Lévonorgestrel. | Lévonorgestrel. | Etonorgestrel. |
| **Nombre** | 6 capsules. | 2 bâtonnets. | 1 bâtonnet. |
| **Durée d'utilisation** | Hasta 7 años. | Hasta 5 años. | 3 años. |
| **Efficacité et poids de la cliente** (voir également Implants, Question 9 p. 130) | 80 kg ou plus : deviennent moins efficaces après 4 années d'utilisation.<br>79 à 79 kg après 5 années d'utilisation. | 80 kg ou plus : deviennent moins efficaces après 4 années d'utilisation. | Le poids ne semble pas avoir d'effet sur l'efficacité. |
| **Disponibilité** | Sont en voie d'être retirés du commerce (voir Implants, Question 11, p. 130). | Devraient remplacer Norplant d'ici 2011. | Disponibles essentiellement en Europe et en Asie. Egalement approuvés aux fins d'utilisation aux Etats-Unis. |

# Comparer les préservatifs

| Caractéristique | Préservatif masculin | Préservatif féminin |
|---|---|---|
| **Comment le poser** | A déroule sur le pénis. Est ajusté. | Posé dans le vagin d'une femme. Posée de manière souple et lâche. Ne serre pas le pénis. |
| **Quand le poser** | A mettre sur le pénis en érection avant les rapports sexuels. | Peut être posé jusqu'à 8 heures avant les relations sexuelles. |
| **Matériel** | Fabriqué en latex. Certains en synthétique ou membranes d'animal. | Sourtout fabriqué avec un mince film synthétique. Quelques uns sont en latex. |
| **Sensation lors des rapports sexuels** | Change la sensation lors de rapports sexuels. | Moins de plaintes de sensation différente que pour les préservatifs masculins. |

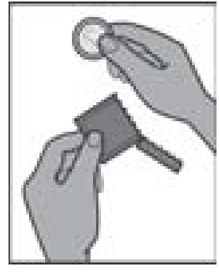
*(suite à la page suivante)*

| Caractéristique | Préservatif masculin | Préservatif féminin |
|---|---|---|
| **Bruit lors des rapports sexuels** | Possibilité d'un bruit de caoutchouc. | Peut siffler ou grincer. |
| **Lubrifiants à utiliser** | Les utilisateurs peuvent ajouter des lubrifiants :<br>• A base d'eau ou de silicone uniquement.<br>• Appliqués à l'extérieur du préservatif. | Les utilisatrices peuvent ajouter des lubrifiants :<br>• A base d'eau, de silicone ou d'huile.<br>• Avant la pose, appliqués à l'extérieur du préservatif.<br>• Après la pose, appliqués à l'intérieur du préservatif ou sur le pénis. |
| **Se déchire ou glisse** | Tend à se déchirer plus souvent que le préservatif féminin. | Tend à glisser plus souvent que le préservatif masculin. |
| **Quand le retirer** | Doit être retiré du vagin tant que se maintient l'érection. | Peut rester dans le vagin après l'érection. Doit être retiré avant que la femme ne se relève. |
| **Que protège-t-il** | Couvre et protège la majeure partie du pénis, protège les parties génitales internes de la femme. | Couvre les parties génitales internes et externes de la femme et la base du pénis. |
| **Comment le conserver** | A l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'humidité. | Les préservatifs en plastique ne sont pas endommagés par la chaleur, la lumière ou l'humidité. |
| **Réutilisation** | Ne peut pas être réutilisé. | La réutilisation n'est pas recommandée (voir Préservatifs féminins, question 5, p. 220). |
| **Coût et disponibilité** | Généralement faible coût et bonne disponibilité. | Généralement plus cher et moins disponible que le préservatif masculin (voir Préservatifs féminins, question 10, p. 220). |

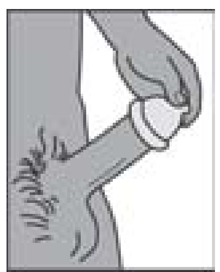
# Comparer les DIU

| Caractéristique | DIU au cuivre | DIU au lévonorgestrel |
|---|---|---|
| **Efficacité** | Pratiquement égale. Les deux sont parmi les méthodes les plus efficaces. | |
| **Durée d'utilisation** | Approuvé pour 10 ans. | Approuvé pour 5 ans. |
| **Modes de saignements** | Saignements menstruels plus longs et plus abondants, saignements irréguliers et plus de crampes ou de douleurs lors des règles. | Saignements et saignotements plus irréguliers pendant les premiers mois d'utilisation. Après une année, l'absence de saignement est plus courante. Provoque moins de saignements que le DIU au cuivre. |
| **Anémie** | Peut contribuer à l'anémie ferriprive, si une femme a déjà de faibles réserves de fer avant la pose. | Peut aider à prévenir l'anémie ferriprive. |
| **Principales raisons d'arrêt de l'utilisation** | Saignements plus abondants et davantage de douleurs. | Pas de saignements menstruels et effets secondaires dus aux hormones. |
| **Avantages non contraceptifs** | Peut aider à protéger contre le cancer de l'endomètre. | Traitement efficace pour les saignements menstruels longs et abondants (autre possibilité que l'hystérectomie). Peut également aider à traiter des règles douloureuses. Peut être utilisé comme progestatif dans le traitement de remplacement des hormones. |
| **Utilisation lors du post-partum** | Peut être inséré jusqu'à 48 heures après l'accouchement. | Peut être inséré jusqu'à 4 semaines après l'accouchement. |
| **Utilisation en tant que contraception d'urgence** | Peut être utilisé dans les 5 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés. | Non recommandé. |
| **Pose** | Demande une formation spéciale mais plus facile à poser que le DIU au lévonorgestrel. | Demande une formation spéciale et une technique de pose unique et plus difficile. Les femmes risquent davantage de s'évanouir, d'avoir mal et d'avoir des nausées ou des vomissements qu'avec le DIU au cuivre. |
| **Coût** | Moins cher. | Plus cher. |

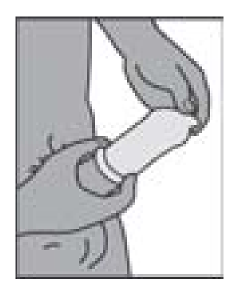
# Utilisation correcte du préservatif



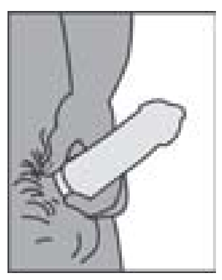
**1. Utiliser un nouveau préservatif lors de chaque rapport sexuel**



**2. Avant le contact, placer le préservatif avec son rebord à l'extérieur sur le pénis**



**3. Le dérouler jusqu'à la base du pénis**



**4. Après l'éjaculation, tenir le rebord du préservatif et retirer le pénis qui est encore en érection**



**5. Jeter le préservatif avec les bonnes mesures de précaution.**

# Anatomie de la femme

## Et comment les contraceptifs fonctionnent dans le corps féminin

## *Anatomie interne*

### Utérus

Lorsqu'un ovocyte fécondé se développe et devient un fœtus. Le *DIU* est posé dans l'utérus et empêche la fécondation dans les trompes de Fallope. Le *DIU au cuivre* tue également les spermatozoïdes alors qu'ils se déplacent vers l'utérus.

### Ovaires

Endroit où les ovocytes se développent et où un seul est libéré chaque mois. *La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et les méthodes hormonales*, surtout celles avec des oestrogènes, empêchent la libération des ovocytes. *Les méthodes de connaissance de la fécondité* demandent qu'on évite les rapports sexuels non protégés au moment où un ovaire libère un ovocyte.

### Revêtement utérin (endomètre)

Muqueuse qui tapisse l'utérus se développant progressivement et qui est ensuite évacuée au moment des règles.

### Trompes de Fallope

Un ovocyte se déplace dans l'une des trompes, une fois par mois, en partant de l'ovaire. La fécondation de l'ovocyte (lorsque le spermatozoïde rencontre l'ovule) survient dans ces trompes. *La stérilisation de la femme* consiste à couper ou à obturer les trompes de Fallope. Cela empêche la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovocyte. Le *DIU* provoque un changement chimique qui endommage les spermatozoïdes avant qu'ils ne rencontrent l'ovocyte dans la trompe de Fallope.

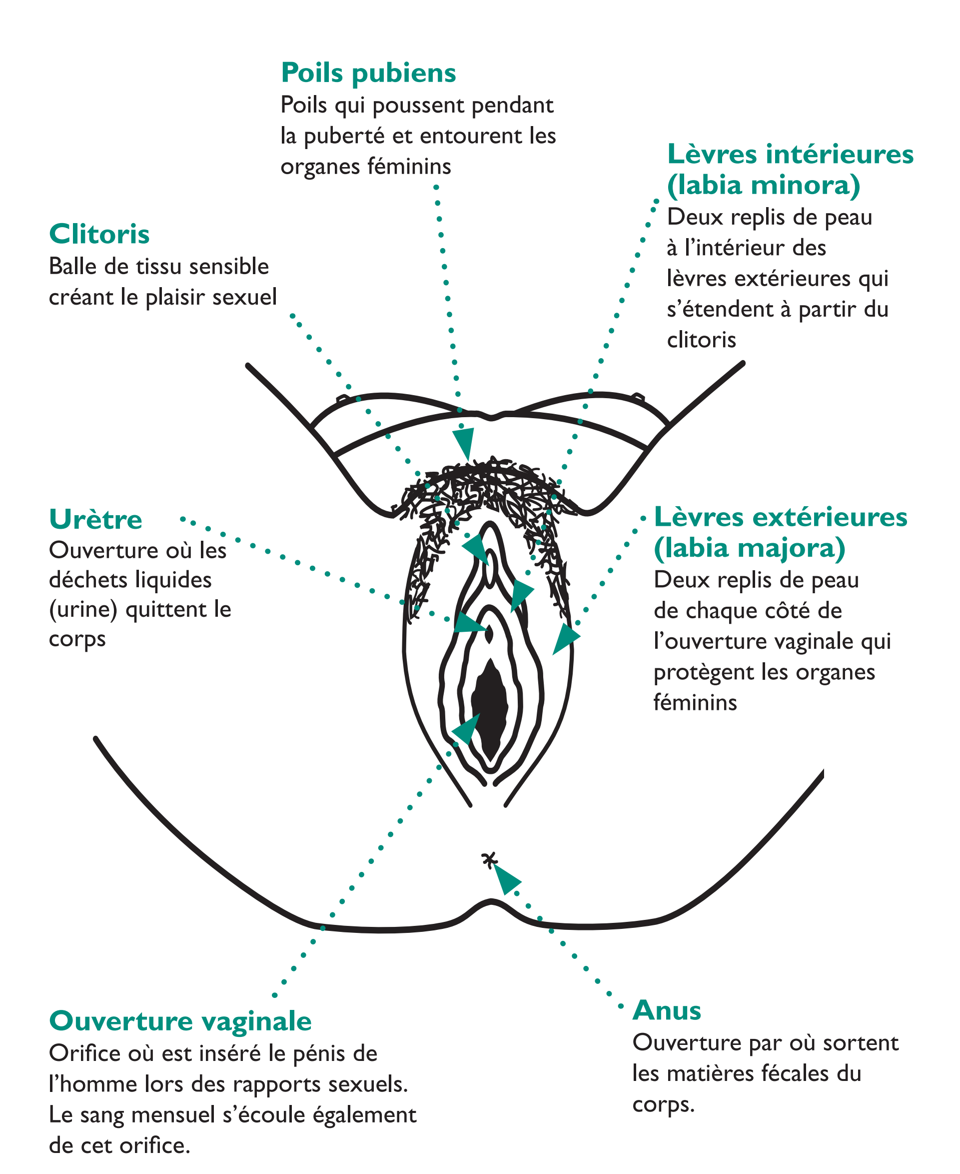
### Col

Partie intérieure de l'utérus qui s'étend dans le vagin supérieur. Il produit la glaire. Les *méthodes hormonales* épaississent cette glaire, ce qui empêche les spermatozoïdes de passer par le col. Certaines *méthodes de connaissance de la fécondité* reposent sur le suivi des glaires cervicales. Le *diaphragme,* la *cape cervicale* et l'*éponge* couvre le col de sorte à ce que les spermatozoïdes ne puissent pas entrer.

### Vagin

Joint les organes sexuels extérieurs et l'utérus. L'*anneau combiné* est placé dans le vagin où il libère les hormones qui passent par les parois vaginales. Le *préservatif féminin* est placé dans le vagin créant une barrière empêchant l'entrée du sperme. Les *spermicides* insérés dans le vagin tuent les spermatozoïdes.

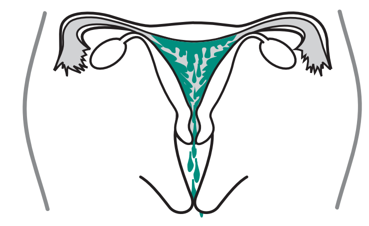
# *Anatomie externe*



# Le cycle menstruel

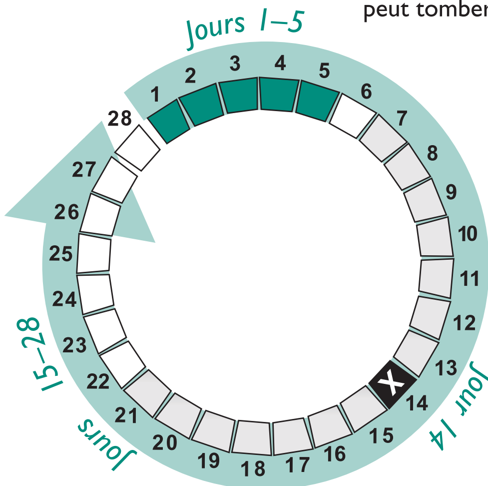


**1 $1^{er}$ au $5^{e}$ jour : Saignements menstruels**

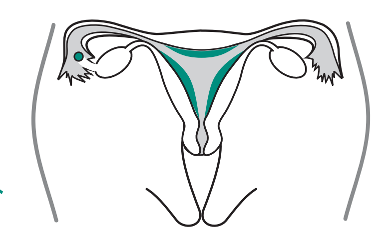


*Durent généralement de 2 à 7 jours, souvent environ 5 jours*

En l'absence d'une grossesse, le revêtement épaissi de l'utérus est éliminé. Il quitte le corps par le vagin. Ces saignements menstruels sont appelés la menstruation ou les règles. Les contractions de l'utérus à ce moment-là peuvent causer des crampes. Certaines femmes ont des saignements pendant peu de temps (par exemple, 2 jours) alors que d'autres peuvent en avoir jusqu'à 8 jours. Les saignements peuvent être légers ou abondants. Si l'ovule est fécondé par le spermatozoïde d'un homme, la femme peut tomber enceinte et les règles cessent.



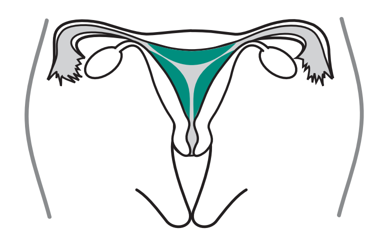

**2 $14^{ème}$ jour : Libération de l'ovocyte**



*Survient généralement entre le $7^{ème}$ et le $21^{ème}$ jour du cycle, souvent autour du $14^{ème}$ jour*

Généralement, un des ovaires libère un ovule lors de chaque cycle (généralement une fois par mois). L'ovule se déplace par la trompe de Fallope vers l'utérus. Il peut être fécondé dans la trompe à ce moment-là par un spermatozoïde qui est entré par le vagin.

**3 $15^{ème}$ au $28^{ème}$ jour : Epaississement du revêtement de l'utérus**



*Généralement, sur 14 jours après l'ovulation*

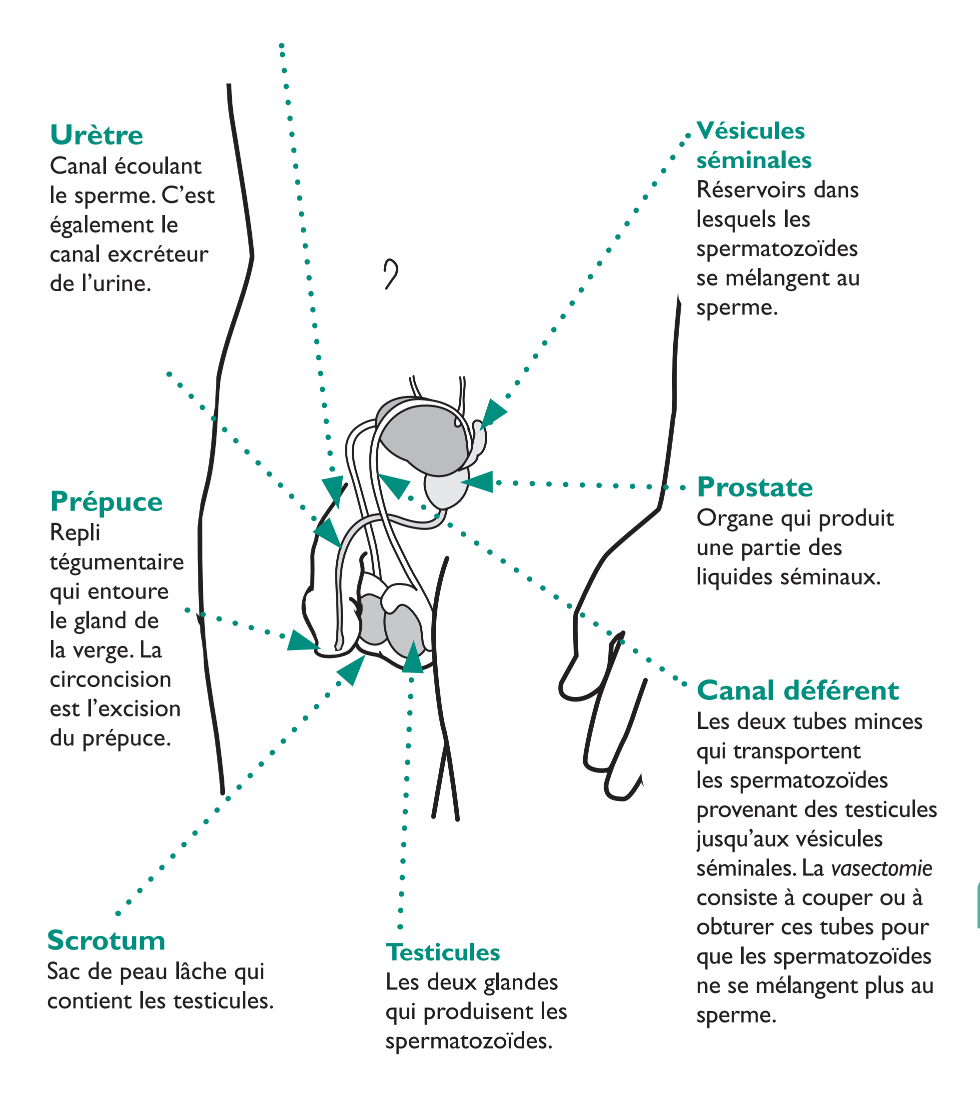
Le revêtement de l'utérus (endomètre) s'épaissit pendant ce temps pour se préparer à la nidation d'un ovule fécondé. Généralement, il n'y a pas de grossesse et l'ovule non fécondé se dissout dans les organes de la reproduction.

# Anatomie de l'homme

## et comment les contraceptifs fonctionnent chez l'homme

### Pénis

Organe sexuel de l'homme fait de tissus qui ressemblent à une éponge. Suite à l'excitation sexuelle, l'organe augmente de volume et se durcit. Du sperme avec des spermatozoïdes est libéré du pénis (éjaculation) au pic de l'excitation sexuelle (orgasme). Le *préservatif masculin* recouvre le pénis en érection, empêchant ainsi les spermatozoïdes de pénétrer dans le vagin. *Le retrait* du pénis du vagin empêche le sperme de pénétrer dans le vagin.



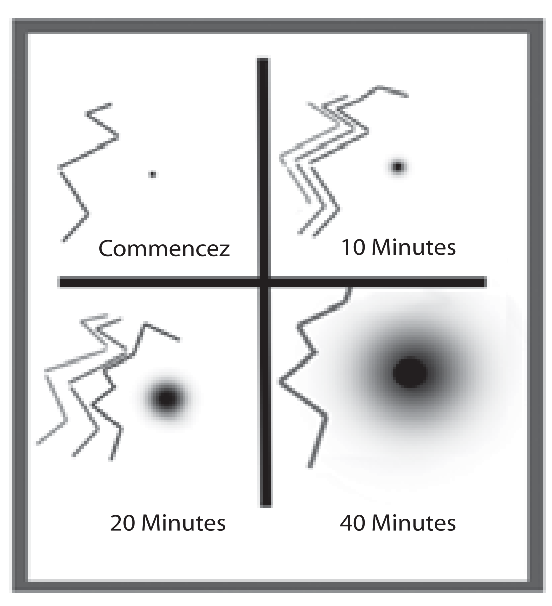
# Dépister les migraines et les migraines avec symptômes neurologiques focaux (aura)

Il est important de faire un dépistage des femmes qui souffrent de migraines et/ou de migraines avec symptômes neurologiques focaux car les migraines et les auras en particuliers sont liés à un risque accrus d'attaque cérébrales. Certains contraceptifs hormonaux peuvent encore aggraver ce risque.

## Migraines

- Maux de tête sévères récidivants et avec douleurs pulsatiles qui durent de 4 à 72 heures.
- Le fait de se déplacer empire souvent les maux de tête.
- Nausées, vomissements et une sensibilité à la lumière ou au bruit peuvent également se présenter.

## Migraines avec symptômes neurologiques focaux




*Les personnes décrivent les auras visuelles comme des lignes ou des vagues de lumières vives autour d'un point de perte de vision, qui s'agrandissent et sont accompagnées de zigzag. Le point noir montre comment la zone de perte de vision augmente du point de vue taille.*

- Troubles du système nerveux qui affecte la vue et parfois le toucher et l'élocution.
- Presque toutes les auras s'accompagnent d'une lumière vive avec perte de vision dans un œil qui s'agrandit puis devient une sorte de croissant avec zigzag.
- Environ 30% de ces migraines s'accompagnent également d'une sensation de fourmillement dans une main qui s'étend au bras et à un côté du visage. Certaines migraines avec symptômes neurologiques focaux s'accompagnent également de difficultés d'élocution. Le fait de voir des lumières vives ou d'avoir une vision trouble qui survient souvent lors d'une migraine ne représente pas une aura.
- Ces auras se développent lentement en l'espace de plusieurs minutes et disparaissent après une heure, généralement avant que ne commencent les maux de tête. (Par contre, une perte de vision soudaine dans un œil, accompagné par des fourmillements ou des faiblesses dans le bras ou la jambe opposé, est souvent signe d'attaque cérébrale).

## Dépistage des migraines

Pour les femmes qui souhaitent utiliser une méthode‡,§ hormonale ou qui en utilisent une.

Si une femme indique qu'elle a des maux de tête très prononcés, lui poser les questions suivantes, pour voir s'il s'agit d'une migraine ou d'un mal de tête ordinaire. Si elle répond "oui" à l'une quelconque de ces deux questions, elle souffre probablement de migraine. Continuer pour dépister les migraines avec symptômes neurologiques focaux.

1. **Est-ce que vous avez des maux de tête qui vous donnent la nausée (mal à l'estomac) ?**
2. **Lorsque vous avez mal à la tête, est-ce que la lumière ou le bruit vous dérange bien davantage que lorsque vous n'avez pas de maux de tête ?**
3. **Est-ce que vous avez des maux de tête qui vous empêchent de travailler ou de faire vos activités habituelles pendant 1 jour ou plus ?**

## Dépister les migraines avec symptômes neurologiques focaux (aura)

Poser cette question pour détecter les migraines avec symptômes neurologiques les plus courants. Si une femme répond "oui", elle souffre probablement de ce type de migraine (aura).

1. **Avez-vous déjà eu une lumière vive dans vos yeux qui dure de 5 à 60 minutes, une perte de vision claire généralement d'un côté et ensuite des maux de tête ?** (Les femmes avec ces lumières vives mettent souvent leurs mains de chaque côté de leur tête lorsqu'elles décrivent le changement de vision. Dans certains cas, la lumière vive n'est pas suivie de maux de tête.)

Si ses maux de tête ne sont pas des migraines et si elle n'a pas d'aura, elle peut commencer ou continuer les méthodes hormonales si elle présente les autres conditions de recevabilité requises. Par ailleurs, il faudrait évaluer tout changement ultérieur au niveau de ses maux de têtes.

### Est-ce qu'une femme avec des migraines et/ou migraines avec symptômes neurologiques focaux peut utiliser une méthode hormonale ?

Situations avec jugement clinique limité : Oui = peut utiliser; Non = ne peut pas utiliser; D = démarrer; C = continuer

| | Méthode combinée ‡ | | Méthode progestative § | |
|---|---|---|---|---|
| **Maux de tête/migraines** | **D** | **C** | **D** | **C** |
| Sans symptômes neurologiques focaux | | | | |
| Age < 35 ans | Oui | Non | Oui | Oui |
| Age ≥ 35 ans | Non | Non | Oui | Oui |
| Avec symptômes neurologiques focaux à tout âge | Non | Non | Oui | Non |

† *Méthodes avec oestrogène et progestatif : contraceptifs oraux combinés, injectables mensuels, patch combiné et anneau vaginal combiné*

§ *Méthodes à progestatifs seuls : pilules progestatives, injectables progestatifs et implants*

# Autres possibilités d'évaluer la grossesse

Une femme peut démarrer une méthode contraceptive hormonale, ou dans la plupart des cas, utiliser un DIU si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Cela dépend d'un certain nombre de jours après le début des règles, suivant la méthode. A d'autres moments, dans le cycle menstruel d'une femme, on pourra utiliser la liste de vérification à la page 372 pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

Une femme qui répond "non" à toutes les questions de la liste de vérification sur la grossesse pourrait être enceinte ou non. Dans la plupart des situations, cette femme devra utiliser une méthode d'appoint et attendre ses prochaines règles pour commencer la méthode qu'elle a choisie ou jusqu'au moment où l'on peut déterminer clairement qu'elle est enceinte.

Par ailleurs, dans certains cas, les prestataires peuvent faire appel à d'autres moyens pour déterminer si elle est enceinte ou non. Les prestataires pourront donc suivre les instructions données ci-après, selon la situation et leur formation. Ces possibilités sont particulièrement utiles s'il existe d'autres explications plausibles – autre que la grossesse – pour lesquelles la femme n'a pas eu ses règles depuis plusieurs mois. Voici ces raisons :

- Elle a accouché depuis plus de 6 mois et allaite encore.
- Elle n'a toujours pas ses règles puisqu'elle a arrêté récemment un injectable progestatif.
- Elle souffre d'une pathologie qui fait cesser les saignements menstruels.

## *Evaluer pour déterminer si elle est enceinte :*

**Si un test de grossesse est disponible :**

- Faire un test des urines ou diriger la femme vers le service où ce test peut être réalisé. Si le test de grossesse est négatif, lui remettre la méthode contraceptive qu'elle souhaite utiliser.

**Si un test de grossesse n'est pas disponible mais que le prestataire peut faire un examen pelvien bimanuel :**

- Prendre les antécédents de la femme, lui demander notamment la date de ses dernières règles et si elle a noté des signes ou symptômes d'une grossesse (voir symptômes à la page suivante).
- Faire un examen pelvien bimanuel pour déterminer la grandeur de son utérus, de sorte à pouvoir comparer par la suite.
- Lui remettre une méthode d'appoint qu'elle pourra utiliser et lui apprendre à l'utiliser régulièrement et correctement. Lui demander de revenir dans environ 4 semaines ou lorsqu'elle aura ses prochaines règles, des deux dates on retiendra la première.

* *Les méthodes d'appoint sont l'abstinence, les préservatifs masculins et féminins, les spermicides, et le retrait. Lui indiquer que les spermicides et le retrait sont les méthodes contraceptives sont les moins efficaces. Si c'est possible, lui remettre des préservatifs.*

Lorsqu'elle revient :

- Si elle revient et qu'elle a ses règles, lui remettre la méthode contraceptive qu'elle souhaite.
- Si elle revient et qu'elle n'a toujours pas ses règles après 4 semaines, faire un second examen pelvien.
  - Une femme qui avait des saignements mensuels irréguliers et qui à présent n'a plus ses règles est probablement enceinte et devrait avoir un utérus plus grand.
  - Si l'on ne note aucun élargissement de l'utérus, ni autre signe et symptôme de la grossesse et si elle a utilisé une méthode d'appoint régulièrement et correctement, lui remettre la méthode contraceptive qu'elle souhaite. Elle aura peut-être besoin de continuer à utiliser la méthode d'appoint pendant les premiers jours de l'utilisation, tel qu'il est spécifié pour chaque méthode.

**S'il n'est pas possible de faire un test de grossesse, ni un examen bimanuel :**

- Le prestataire peut donner à la femme une méthode d'appoint et lui demander de revenir lorsqu'elle aura ses prochaines règles ou dans 12 à 14 semaines, des deux dates on retiendra celle qui survient en premier.

Lorsqu'elle elle revient :

- Si elle revient et qu'elle a ses règles, lui remettre la méthode contraceptive qu'elle souhaite.
- Si elle revient et qu'elle n'a toujours pas ses règles après 4 semaines, faire un second examen pelvien :
  - Une femme qui avait des saignements mensuels irréguliers et qui à présent n'a plus ses règles est probablement enceinte et devrait avoir un utérus plus grand.
  - Si l'on ne note aucun élargissement de l'utérus, ni autre signe et symptôme de la grossesse et si elle a utilisé une méthode d'appoint régulièrement et correctement, lui remettre la méthode contraceptive qu'elle souhaite. Elle aura peut-être besoin de continuer à utiliser la méthode d'appoint pendant les premiers jours de l'utilisation, tel qu'il est spécifié pour chaque méthode.

Lui dire de revenir au centre de santé à n'importe quel moment si elle pense être enceinte ou si elle a des signes ou symptômes de grossesse (voir ci-après). Si vous soupçonnez un autre problème de santé sous-jacent expliquant l'absence prolongée de règles, l'orienter vers les services compétents pour un bilan et les soins indiqués.

### *Signes et symptômes de grossesse*

- Nausées
- Seins endoloris
- Fatigue
- Vomissements
- Mictions pour fréquentes
- Sensibilité accrue aux odeurs
- Changement d'humeur
- Prise de poids

# Liste de vérification de la grossesse

Poser à la cliente les questions 1 à 6. Dès que la cliente répond "oui" à l'une de ces questions, arrêter et suivre les instructions ci-après.

| NON | | OUI |
|---|---|---|
| | 1 Est-ce que vous avez un bébé de moins de 6 mois, est-ce que vous pratiquez l'allaitement complet ou quasi complet et est-ce que vous n'avez pas eu de règles depuis ? | |
| | 2 Est-ce que vous vous êtes abstenu des rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis l'accouchement ? | |
| | 3 Avez-vous eu un bébé ces 4 dernières semaines ? | |
| | 4 Est-ce que vous avez eu vos règles ces 7 derniers jours (ou ces 12 derniers jours, si la cliente a l'intention d'utiliser un DIU) ? | |
| | 5 Est-ce que vous avez eu une fausse couche ou un avortement ces 7 derniers jours (ou ces 12 derniers jours, si la cliente a l'intention d'utiliser un DIU) ? | |
| | 6 Est-ce que vous utilisez correctement et régulièrement une méthode contraceptive fiable ? | |

Si la cliente répond **"non"** à *toutes* les questions, on ne peut pas éliminer la possibilité d'une grossesse. La cliente devrait attendre ses prochaines règles ou faire un test de grossesse.

Si la cliente répond **"oui"** à *l'une au moins* des questions et si elle n'a pas de signe ou symptôme de grossesse, vous pouvez lui remettre la méthode qu'elle a choisie.

# Vous avez oublié des pilules

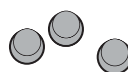
Toujours prendre une pilule dès que vous vous en rappelez et continuer de prendre la pilule, une chaque jour.

## Egalement...

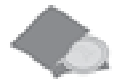


Si vous avez sauté 3 pilules ou plus ou si vous avez commencé une plaquette avec 3 jours de retard ou plus :

Utilisez des préservatifs ou évitez les rapports sexuels dans les 7 jours qui suivent



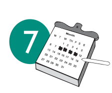




OU



POUR



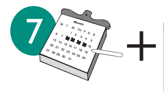

Si vous avez sauté ces 3 pilules ou plus pendant la 3ème semaine :

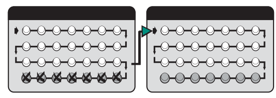
Utilisez des préservatifs ou évitez les rapports sexuels dans les 7 jours qui suivent

En plus, sautez les pilules non hormonales (ou sautez la semaine sans pilule) et commencez tout de suite à prendre les pilules de la prochaine plaquette

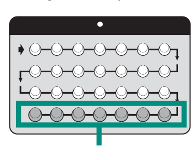









Si vous avez sauté des pilules non hormonales (les 7 dernières pilules uniquement dans les plaquettes de 28 pilules) :



pillules de nonhormonal

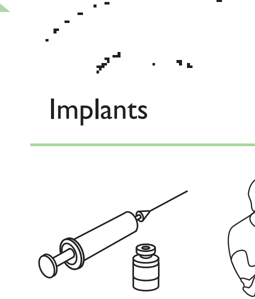
Jetez les pilules oubliées et continuez de prendre la pilule, une par jour



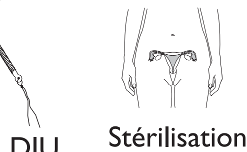
# Comparer l'efficacité des méthodes de planification familiale



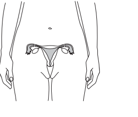
**Plus efficace**
Moins d'une grossesse pour 100 femmes en 1 année



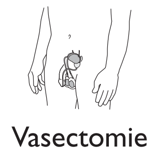
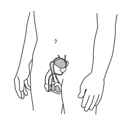
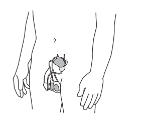
Implants



DIU

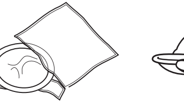
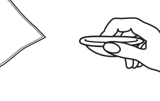


Stérilisation féminine

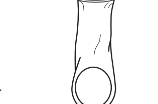
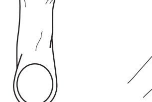
Vasectomie

Injectables — MAMA — Pilules — Patch — Anneau vaginal

Préservatifs masculins

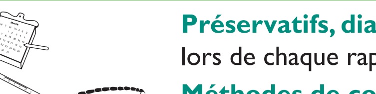
Diaphragme

Préservatifs féminins

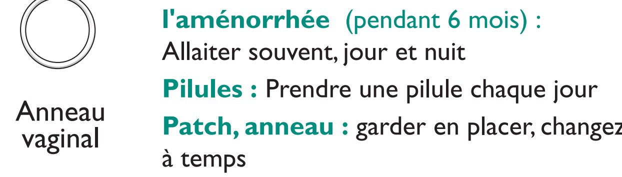


Méthodes de connaissance de la fécondité




Retrait — Spermicides

**Moins efficace**
Environ 30 grossesses pour 100 femmes en 1 année



## Pour que votre méthode soit plus efficace

**Implants, DIU, stérilisation féminine :** Après la procédure, peu de choses, voire rien du tout à faire ou à se rappeler

**Vasectomie :** Utiliser une autre méthode pendant les 3 premiers mois

**Injectables :** Obtenir les injections répétées à temps

**Méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée** (pendant 6 mois) : Allaiter souvent, jour et nuit

**Pilules :** Prendre une pilule chaque jour

**Patch, anneau :** garder en placer, changez à temps

**Préservatifs, diaphragme :** Utiliser correctement lors de chaque rapport sexuel

**Méthodes de connaissance de la fécondité :** s'abstenir ou utiliser des préservatifs les jours féconds. Les méthodes plus nouvelles (méthode des Jours Fixes et méthode des Deux Jours) peuvent être plus faciles à utiliser.

**Retrait, spermicides :** utiliser correctement lors de chaque rapport sexuel

ISBN 13 : 978-0-9788563-0-4
ISBN 10 : 0-9788563-0-9